

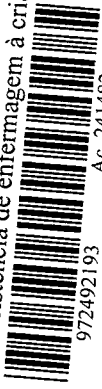
# REINTEGRAÇÃO FAMILIAR



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**REINTEGRAÇÃO AO CONVÍVIO FAMILIAR:  
UM PROJETO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO  
CLIENTE DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0294  
Autor: Malinski, Alienca  
Título: Assistência de enfermagem à cria  
972492193  
Ac. 241482  
Ex. I UFSC BSCCSM CCSM



**ALIENCA BEATRIZ MALINSKI**  
**FRANCINE NATALINE TEIXEIRA**  
**LUCIANA SILVEIRA FARIA**

Florianópolis, março de 2001

**CCSM**  
**TCC**  
**UFSC**  
**ENF**  
**0294**  
**Ex. I**

**ALIENCA BEATRIZ MALINSKI**  
**FRANCINE NATALINE TEIXEIRA**  
**LUCIANA SILVEIRA FARIA**

**REINTEGRAÇÃO AO CONVÍVIO FAMILIAR: UM PROJETO  
ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO CLIENTE DO INSTITUTO DE  
PSIQUIATRIA.**

*Trabalho de Conclusão de Curso da Disciplina  
de Enfermagem Assistencial Aplicada,  
apresentada ao Curso de Graduação em  
Enfermagem, para obtenção do título de  
enfermeiro.*

**ORIENTADORA: PROFª ROSANGELA M. FENILI**

**CO- ORIENTADORA: TÂNIA MARA X. SCÓZ**

**SUPERVISORA: ENFª ROSEMARI R. DA SILVA**

**BANCA: PROFª. ROSANGELA M. FENILI**

**ENFª. ROSEMARI R. DA SILVA**

**PROFª. TÂNIA M. X. SCÓZ**

**Florianópolis, março de 2001.**

## **BALADA DO LOUCO**

*Dizem que sou louca  
Por pensar assim  
Se sou muito louca  
Por eu ser feliz  
Mas louco é quem me diz  
E não é feliz, não é feliz  
Se eles são bonitos  
Eu sou Sharon Stone  
Se eles são famosos  
I'm Rolling Stone  
Mas louco é quem me diz  
E não é feliz, não é feliz  
Eu juro que é melhor  
Não ser um normal  
Se eu posso pensar  
Que Deus sou eu  
Se eles têm três carros  
Eu posso voar  
Se eles rezam muito, eu sou santa  
E já estou no céu  
Mas louco é quem me diz  
E não é feliz, não é feliz.  
Sim, sou muito louca  
Não vou me curar  
Já não sou a única  
Que encontrou a paz  
Mas louco é quem me diz  
E não é feliz  
Eu sou feliz!*

(Rita Lee/Arnaldo Baptista)



## **AGRADECIMENTOS:**

*\_ À Deus, por nos dar a vida e a oportunidade de ingressarmos na academia, não só para a nossa realização profissional, como também para crescermos enquanto seres humanos. Por termos vencido todas as dificuldades e os espinhos encontrados em nosso caminho até o momento.*

*\_ Aos pais, Eloi e Etelvina, Adelson e Sônia, Alamir e Valdete, por terem nos colocado acima de todos os seus sonhos e objetivos, dedicando horas e horas de suas vidas para o nosso desenvolvimento e crescimento pessoal, nos proporcionando estarmos aqui neste momento. **Amamos vocês!***

*\_ Ao marido Marcelo e ao filho Lorenzo, pela abdicação de alguns de seus sonhos, por ter me colocado sempre em primeiro plano, me dando a oportunidade de um crescimento e de uma realização profissional. E ao Lorenzo pelas horas ausentes, que o privaram da minha companhia. Amo vocês! (Luciana)*

*\_ Aos irmãos Marcelo, Alan e Hellen, pelo companheirismo, por dividir conosco as angústias e as conquistas durante a nossa caminhada .*

*\_ À orientadora Rosangela, por aceitar nos acompanhar neste momento da nossa vida acadêmica.*

*\_ À Tânia, pelas críticas, puxões de orelha e palavras de incentivo que em muitos momentos nos estimularam a continuar. Obrigada por ser simplesmente mais do que uma amiga.*

*\_ À supervisora Rosemari, por compartilhar conosco da responsabilidade de desenvolver este trabalho acadêmico, estando presente, nos auxiliando em todos os momentos, como supervisora e amiga. Por ter nos recebido com tanto carinho, dedicando a nós atenção especial.*

*\_ Aos pacientes e seus familiares, por compartilharem conosco alguns momentos de sua vida e de sua história, permitindo a realização do nosso trabalho e a construção do nosso conhecimento.*

*\_ À equipe da P'UIM, pelo acolhimento e aceitação, e por terem nos proporcionado a experiência de aprendermos o que significa trabalhar em equipe.*

*\_ À profª Rosane Nitschke (aquela que chamamos carinhosamente de cuitelinho), mesmo não nos orientando neste trabalho acadêmico, esteve sempre presente, pois nossa admiração e o nosso carinho transcendem barreiras.*

*\_ Ao clube da luluzinha, Hevelyn, Shayrlene, Luciana, Francine e Alienca, pela amizade construída durante os quatro anos de graduação, dividindo tristezas e alegrias. Compartilhando conhecimentos e experiências, tanto de natureza acadêmica como de vida.*

*\_ Às amigas Luciana, Francine e Alienca, pelos momentos compartilhados , pela união e companheirismo, pelas risadas gostosas e pela amizade construída que será eterna.*

## SUMÁRIO

RESUMO .....	VI
1 INTRODUÇÃO .....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
2.1 Revisão Bibliográfica.....	3
2.1.1 Aspectos Históricos.....	3
2.1.2 Transtornos Mentais.....	12
2.1.3 Áreas Críticas na Relação Enfermeiro- Paciente, Enfermeiro- Pessoal, Enfermeiro- Trabalhador.....	24
2.1.4 Família.....	37
2.2 Marco referencial.....	40
2.2.1 Relação pessoa-pessoa.....	42
2.2.2 Conceitos norteadores.....	44
2.2.3 Processo de Enfermagem.....	46
2 OBJETIVOS .....	50
3.1 Objetivo geral.....	50
3.2 Objetivos específicos.....	50
4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	52
4.1 Descrição do local de estágio .....	52
4.2 População alvo.....	53
5 METODOLOGIA .....	54
6 CRONOGRAMA.....	114
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	115
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
9 ANEXOS.....	119

## RESUMO

Trata do relato do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado por três acadêmicas de Enfermagem da 8ª fase curricular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 26/03/2001 à 03/06/2001, no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), no município de São José. Com o objetivo de prestar assistência de Enfermagem aos clientes usuários da Primeira Unidade de Internação Masculina (1ªUIM), buscando estabelecer uma ponte entre a instituição, a família e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Descreve a dinâmica da unidade, no que diz respeito aos pacientes, funcionários e equipe técnica, bem como a integração do grupo neste contexto funcional. Aponta a esquizofrenia como o principal transtorno psiquiátrico da unidade, o que suscitou um aprofundamento teórico da temática nos seus aspectos etiológico, conceitual, sintomatológico, entre outros pontos. Apresenta a relação pessoa- pessoa (RPP) como marco referencial do cuidado de enfermagem, das acadêmicas, realizada junto com os cinquenta pacientes internados e os nove pacientes em seu ambiente familiar. A extensão da RPP aos funcionários é destacada através da descrição de alguns momentos relacionais, especificamente, criados no decorrer do estágio. O conhecimento de outras realidades, envolvidas com a temática, é contemplado através do relato das visitas realizadas em algumas instituições públicas e privadas da grande Florianópolis. Este trabalho vem mostrar a importância da assistência domiciliar, buscando envolver a família no tratamento do paciente psiquiátrico.

## **1 INTRODUÇÃO**

Com o intuito de desenvolver o trabalho de conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizamos o estágio da 8ª fase curricular no Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina (IPQ), localizado no município de São José.

Devido à amizade construída desde o primeiro dia de aula e a crescente empatia existente entre nós, resolvemos nos unir nessa última etapa de nossa caminhada no curso de graduação. Salientamos que esta escolha deu-se pelo fato de termos nos deparado com uma realidade “chocante” (no que se refere à realidade do doente psiquiátrico, até então desconhecida para nós) existente no IPQ, quando da realização do estágio curricular da 7ª fase. Nos vimos frente a situações que exigiam de nós muito mais do que um mero conhecimento técnico. Exigiam que víssemos o outro, como um ser único, singular dentro de um emaranhado de pessoas que pareciam alheias ao mundo que as rodeavam.

Isso fez com que nos sensibilizássemos e nos sentíssemos estimuladas, a pelo menos, contribuir de alguma forma para a mudança desse estado.

Cabe ressaltar que a escolha da Primeira Unidade de Internação Masculina (1ª UIM), deu-se pelo fato de encontrarmos profissionais receptivos e atenciosos com a nossa presença. Além da simpatia, a empatia demonstrada proporcionava um clima agradável na unidade, permitindo um ambiente prazeroso de trabalho.

Escolhemos para subsidiar este trabalho a teoria de TRAVELBEE, que enfoca a relação pessoa-pessoa como um processo interpessoal, que se ocupa de pessoas e que tem como objetivo a troca e modificação de seus comportamentos através da interação.

Conforme FENILI (1999), a história da psiquiatria tem demonstrado que mudanças substanciais começaram a ser implementadas através dos anos:

- ✦ Na antiguidade, a loucura era vista como alguma divindade ou potência demoníaca.
- ✦ No período medieval acreditava-se que era devido a magos e feiticeiros.
- ✦ Ao século XVIII, junto com Phillipe Pinel, é atribuída a humanização no tratamento dos doentes com transtorno mental.
- ✦ Em 04 de dezembro de 1852, tem-se o Decreto nº 1077 que aprova e manda executar os Estatutos do Hospício Pedro Segundo.
- ✦ Surge em 1946, o movimento denominado Comunidade Terapêutica na Inglaterra.
- ✦ Em 1961, teve início na Itália, o processo de desinstitucionalização, com Franco Basaglia, que introduziu um projeto de Comunidade Terapêutica.
- ✦ Surge no plano jurídico o Projeto de Lei da Câmara Nº 8/91, Nº 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, visando a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e a regulamentação da internação compulsória.
- ✦ Em 1997 o Projeto de Lei sobre Saúde Mental dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.
- ✦ Em Santa Catarina, o Projeto de Lei nº 148/93 dispõe sobre a reforma psiquiátrica, determinando a substituição progressiva de leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental. Consonante com o apontado por FENILI (1999) em 06/04/2001, é aprovada no Congresso Nacional a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Frente a isso, é que resolvemos traçar como objetivo geral, prestar assistência de enfermagem ao cliente usuário da Iª Unidade de Internação Masculina do Instituto de Psiquiatria, buscando reintegrá-lo ao convívio familiar.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Revisão Bibliográfica

#### 2.1.1 Aspectos Históricos

Sempre houve em nossa sociedade, doentes mentais que eram temidos, rejeitados, torturados, ridicularizados, mas poucas vezes curados. Advém daí, a necessidade de criar uma ciência capaz de investigar o universo da mente humana, para explicar estas doenças, tornando-se importante fazer uma breve retrospectiva histórica acerca da doença mental, reproduzindo-se as diferentes formas de pensamentos existentes.

Segundo FENILI (1999, p.18) "as tendências básicas do pensamento psiquiátrico, de acordo com ALEXANDER e SELESNIK (1980), referem-se a tentativas para explicar que as doenças da mente, ocorrem em decorrência de aspectos físicos (método orgânico), aspectos psicológicos (método psicológico) ou da própria magia (método mágico).

⊕ Método Mágico: o homem primitivo curava seus males menores, mediante várias técnicas empíricas. A doença ocorre em decorrência de espíritos que se apoderavam do corpo do indivíduo e estavam presentes em substâncias estranhas e nocivas que, eram introduzidas pela maldade de feiticeiros ou espíritos.

⊕ Método Orgânico: a doença é em decorrência de uma disfunção orgânica, ou, ruptura do equilíbrio interno. A crença é de que a doença mental tinha como causa, aspectos físicos, utilizando-se para isso de explicações através da filosofia, bioquímica, neurologia, farmacologia, microbiologia, neuropsiquiatria, entre outros. Devido aos

avanços, hoje nas técnicas de diagnóstico, vêm a possibilidade de finalmente ser encontrado o substrato orgânico da doença mental, com isto, resultando o encontro da psiquiatria como seu ideal, qual seja, para cada sintoma ou grupo de sintomas, uma correspondente lesão ou disfunção orgânica localizada, possibilitando também, a previsão de sua evolução.

✦ Método Psicológico: parte do pressuposto de que a doença mental é uma doença diferente das demais, pois a “lesão” não está localizada numa parte do corpo do indivíduo, mas decorre dos seus conflitos, que normalmente se originam na infância. É a incapacidade da pessoa de enfrentar-se consigo própria, reconhecer sentimentos, impulsos e desejos inaceitáveis”.

### ✓ **Perspectiva Histórica**

✦ Na pré-história as pessoas com doenças mentais recebiam tratamento de acordo com ritos tribais. Se fracassassem, os indivíduos morriam de inanição ou eram atacados por feras.

✦ Para a psiquiatria greco-romana, a crença era de que a loucura poderia ser causada por alguma divindade ou potência demoníaca, que se apoderava do thymos (memória, emoções) do indivíduo, fazendo com que este ficasse sem controle de seus atos e ações. Às vezes eram tratados com delicadeza, em outros, o tratamento era severo e bárbaro. Os registros das doenças mentais, surgem cerca de 200 a.C. em papiros egípcios de Kahun-Hipócrates, sugere ser a loucura uma doença, uma ruptura do equilíbrio interno.

✦ A psiquiatria medieval, foi considerada a “Idade das Trevas”, pois acreditava-se que a loucura era exercida por magos e feiticeiros. São Tomás de Aquino, defendia a origem natural dos transtornos mentais, mas a demonologia e a Inquisição, impuseram resistências quanto às idéias de que “feiticeiras” e “possuídos” sofriam de uma doença natural. O atendimento foi deixado a cargo dos padres; tratamentos tanto humanos, quanto brutais eram aplicados para afastar o “espírito maligno”.

✦ Século XVI: o tratamento dos doentes mentais no século XVI teve menos consideração do que os da idade média. Os doentes eram trancafiados em celas, masmorras

ou asilos para loucos, onde os curiosos podiam pagar para ver a “representação” dos internos.

✦ Século XVII: A superstição da doença mental, sofreu uma mudança terrível nesse século. A busca e a execução das bruxas, tornou-se um dever religioso sagrado. Pelo menos, 20.000 pessoas foram queimadas apenas na Escócia durante este século.

✦ A Psiquiatria Francesa e a 1ª Revolução Psiquiátrica, foram vistas como um novo momento. No século XVII ocorreu a fundação de locais específicos para os cuidados dos doentes mentais, e assim pode ser reconhecido o caráter médico das perturbações dos mesmos.

✦ Século XVIII: Philippe Pinel foi quem recebeu permissão para deixar livres, prisioneiros de dois dos maiores hospitais, alguns vivendo há mais de 20 anos acorrentados. Ele provou o erro em tratar os doentes mentais de forma desumana. Esquirol deu continuidade ao seu tratamento humano e se tornou o primeiro professor de psiquiatria. Benjamim Franklin, inaugurou em 1756, o Pensylvania Hospital, na América do Norte. Benjamin Rush, foi considerado o pai da psiquiatria norte-americana. Ele acreditava que as fases da lua tinham influência sobre o comportamento, criando o tranqüilizante como método de contenção.

✦ Surge no século XIX a Psiquiatria Alemã e a 2ª Revolução Psiquiátrica, onde várias correntes psiquiátricas enfatizam as particularidades individuais em conflito com as pulsões irracionais. Substâncias com ação no SNC, passaram a ser sintetizadas, como o hidrato de cloral, paraldeído e sulfona.

✦ Tem-se no século XX, em 1908, o início de uma mudança significativa no sistema hospitalar público, com ênfase sobre a prevenção e intervenção precoce da doença mental. Simultaneamente vieram as contribuições de Sigmund Freud. Propunha novas técnicas de exploração da mente e chamava atenção para o comportamento humano.

✦ No início do século XX é desenvolvida a insulinoaterapia, seguida da malariaterapia e da eletroconvulsoterapia. Há a utilização do lítio, a clorpromazina, o haloperidol e a imipramina, além do primeiro benzodiazepínico.

✦ A partir da Segunda Guerra Mundial, Maxwell Jones, começa um novo tipo de tratamento, a terapia em grupo, utilizado com soldados incapacitados pela doença mental.

No início dos anos 50, houve o desenvolvimento de novos métodos de tratamento, como a comunidade terapêutica e o hospital aberto.

✦ Franco Basaglia faz questionamentos radicais quanto às instituições psiquiátricas na Itália, tendo início em 1961 o processo de desinstitucionalização da assistência ao doente mental e a reforma psiquiátrica.

✦ A década de 90, considerada a “década do cérebro”, é chamada de psiquiatria biológica. O transtorno mental é referenciado como efeito de um processo orgânico, sua origem é endógena, isto é, no interior do organismo é que se encontra a causa de seu estado doentio. Com as novas descobertas, acredita-se que o aprofundamento dos estudos do sistema nervoso leve à compreensão da fisiologia e etiologia dos transtornos mentais, sendo possível um melhor diagnóstico e tratamento. Não esquecendo dos aspectos psicológicos e sociais do doente.

### ✓ **História da Assistência Psiquiátrica no Brasil**

De acordo com FENILI (1999, p.26), "o início da assistência deve-se ao surgimento das internações dos doentes mentais. Em 1830, médicos do Rio de Janeiro reivindicavam a construção de asilo, defendendo tratamento moral, e sendo contrários a manipulação da loucura nos porões da Santa Casa de Misericórdia, nas cadeias e no abandono da rua.

Através do Decreto número 82 de 18 de julho de 1841, do imperador D. Pedro II, deu-se a fundação de um hospital para o tratamento de alienados. Foi inaugurado no dia 05 de dezembro de 1852, o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, sendo considerado por muitos o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Este fato contribuiu para a construção de outros hospícios.

No final do século XVIII, foi fundada a Casa de Caridade São João Del Rey que em 1817 passa a se chamar Santa Casa de Misericórdia. Um fato importante foi a criação de uma enfermaria para doentes mentais, sendo a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral conhecida.

Em 1881, foi criada a primeira cadeira clínica psiquiátrica na faculdade de medicina do Rio de Janeiro. Os precursores de psiquiatria científica no Brasil, foram Teixeira

Brandão( primeiro professor de psiquiatria no Brasil), Nina Rodrigues, Julianio Moreira, Franco da Rocha, Ulysses Pernambuco e Aداuto Botelho.

As primeiras hospitalizações de doentes mentais, que eram em Santa Casas, passaram a ser substituídas por internações em hospícios que surgiram na Segunda metade do século XIX, marcando assim, o nascimento da psiquiatria no Brasil.

Estes hospícios foram construídos em locais afastados dos centros urbanos e tinham como finalidade proteger o louco dentro de um espaço que lhe seria próprio e que assumiria aos poucos as especificidades da tecnologia manicomial e, da mesma forma, proteger a sociedade desses loucos, que ameaçavam a segurança pública.

Em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental; em 1941, surge o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e em 1953 com a lei 1.920 de 25.07.1953 é criado o Ministério da Saúde que absorve o SNDM.

Na década de 50 as drogas antipsicóticas, começaram a ser utilizadas e foram responsáveis, de alguma forma, por modificações no ambiente dos hospitais psiquiátricos.

A partir da década de 70, os hospitais e a assistência, passaram a sofrer processos de transformações".

Ainda, segundo a autora (p.30), "em Santa Catarina a assistência psiquiátrica teve início em 11 de janeiro de 1909, quando foi concedida pelo bispo Diocesano Dom João Becker, ao Padre Lux, cura do santuário, a permissão para a construção de um hospital de alienados em Azambuja, no município de Brusque.

Tinha como objetivo, prestar assistência a pacientes que viviam acorrentados em porões, isolados na comunidade, confinados em quartos e casebres, ou ainda jogados pela rua, sem a possibilidade de serem internados em instituições psiquiátricas mais próximas, na época o hospital São Pedro, em Porto Alegre, e o hospital Franco da Rocha, em São Paulo.

O hospital atendeu de 1910 até 1942, sendo os cuidados prestados pelas Irmãs da Divina Providência. Os tratamentos eram baseados em cardiazol, malarioterapia, morfina, banho de água fria e eletrochoque.



A assistência psiquiátrica oficial em Santa Catarina, teve na verdade o seu início, quando foi lançada a pedra fundamental do Hospital Colônia Santana, na localidade de Salto do Maruim, no município de São José. Foi inaugurado em 10 de novembro de 1941, seu funcionamento efetivo começou em 1942, quando foram transferidos os internos e religiosas do Hospital Azambuja; tinha capacidade para 300 leitos.

No início da década de 40, só havia um ambulatório de doença mental, era a Unidade Sanitária do Departamento Autônomo de Saúde Pública de Florianópolis, chegando a 165 pacientes atendidos por mês.

Na década de 60, foi implantado o Manicômio Judiciário em Florianópolis e três novos hospitais psiquiátricos de iniciativa privada: Casa de Saúde Rio Maina Ltda, em Criciúma, com 178 leitos; o Instituto São José Ltda, em São José, com 177 leitos, e a, extinta, clínica Nossa Senhora da Saúde em Joinville. Em 1973 32 ambulatórios prestavam algum serviço psiquiátrico.

Aos poucos, foram abolidas técnicas agressivas de terapia e intensificada a terapia com neurolépticos e os trabalhos alternativos. Na década de 80, o estado incluía, nos seus planos de ação, a obtenção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a implantação e/ou reativação de ambulatórios desativados". Atingindo Santa Catarina o total de 45 ambulatórios. Em 1987, este número caiu para 35. A partir de 1983, a redução de leitos psiquiátricos em hospitais gerais do estado, o fechamento do pronto socorro psiquiátrico do Instituto São José e a situação difícil que o país atravessava, acarretou uma demanda excessivamente alta de pessoas com transtorno mental. Isso, trouxe como consequência uma queda na assistência e o aumento para 1200 internos. Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde/ Serviço de Saúde Mental, em 1997 Santa Catarina possuía 3 hospitais psiquiátricos e 40 serviços extra-hospitalares em regime ambulatorial, sendo alguns já em regime de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), isto é, adequadas e cadastradas em consonância com as normas que o Ministério preconizou na década de 90, (FENILI, 1999).

FENILI (1999, p.32) diz que "em Florianópolis, o Hospital de Caridade é um deles, com uma ala em condições aprovadas de credenciamento, e que hoje já se encontra em funcionamento tendo a disponibilidade de 17 leitos. Neste mesmo hospital existe ainda a

Clínica Belvedere, que adota o referencial técnico de comunidade terapêutica. É uma clínica privada de tratamento de dependência ao álcool. O CAPS em Florianópolis é um ambulatório especializado em saúde mental, referência para 21 municípios da Grande Florianópolis. Foi criado em novembro de 1989 como o primeiro recurso não manicomial da rede pública do estado. Desenvolve os seguintes programas: programa de dependência do álcool e outras drogas, programa de pacientes psicóticos, programa de pacientes ansiosos. Temos ainda em Florianópolis o NAPS, que surgiu a partir da discussão ocorrida em uma Conferência Municipal de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Florianópolis e priorizou um trabalho em nível de prevenção, onde o hospital não aparece como o único recurso de atenção nessa área, como preconiza a atual política do Ministério da Saúde e o relatório da 1ª Conferência Municipal de Saúde. Tem por objetivo, prestar assistência psicológica e social em nível intermediário, entre o atendimento ambulatorial e hospitalar, a crianças, adolescentes e adultos com sofrimento psíquico".

### ✓ **Desinstitucionalização**

Segundo AMARANTE (1998,p.79)" processo de desinstitucionalização trouxe mudanças substanciais no modo de cuidar dos pacientes com transtornos mentais, buscando uma nova visão para a psiquiatria. A trajetória da desinstitucionalização tem início na segunda metade dos anos 80 e se insere num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira.

É um período marcado por muitos eventos e acontecimentos importantes, em que destacam-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou 'Projeto Paulo Delgado, como ficou conhecido, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental".

Esta trajetória pode ser determinada por uma ruptura no processo da reforma psiquiátrica brasileira, das transformações no campo técnico assistencial, para alcançar uma dimensão mais global, tornando-se um processo que ocorre, a um só tempo nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

No auge deste contexto reformista, ocorre em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, surgindo uma nova concepção de saúde; sendo a mesma um direito do cidadão e um dever do Estado, permitindo a definição de alguns princípios básicos, que implicaram na nova visão do Estado, como promotor de bem-estar social e uma nova visão de saúde, como sinônimo de qualidade de vida.

Em um dos encontros, ocorridos durante a luta pela desinstitucionalização, Franco Rotelli (1986, p. 79), então secretário geral da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, atentou para o fato de que o problema da exclusão nas sociedades, era muito mais uma questão cultural, de que meramente econômica. Em suas palavras:

*“De qualquer modo, o problema da exclusão é uma das principais questões que não resolvemos e que nem as sociedades avançadas resolveram. Existem sociedades que alcançaram uma aceitável situação econômica, um nível aceitável de democracia, um aceitável nível de relativa igualdade entre as pessoas, no que se refere às condições de vida, mas onde o problema de exclusão não só não foi resolvido, mas foi sendo agravado. Isto não apenas em relação à questão do louco, mas inclui, ainda a questão dos idosos, das crianças...Creio que quando, sem nenhuma questão de onipotência, afirmamos que é necessário enfrentar prioritariamente a questão do hospital psiquiátrico, que colocamos o problema do manicômio em primeiro lugar, é porque é aí onde, paradigmaticamente, tem lugar o processo de exclusão; a existência do manicômio é a confirmação, na fantasia das pessoas, da inevitabilidade deste estado de coisas, que é impossível lutar contra esta situação, que as coisas são assim e serão sempre iguais. Existirá sempre a necessidade de um lugar para se depositar as coisas que são rejeitadas, jogadas fora e que servem para que nos reconheçamos pela diferença? Este papel pedagógico, num sentido negativo, do hospital psiquiátrico é o que nós técnicos devemos pôr em discussão se não quisermos avaliar com nossas ações uma perversão que é política, científica, mas sobretudo cultural”.*

A ruptura denunciava a psiquiatrização, a institucionalização, e partia para uma nova etapa, em que a questão da loucura e das instituições psiquiátricas, deveria ser levada à sociedade.

“No entanto, em que pese a importância dos acontecimentos e inovações surgidas nesta trajetória, muitos novos problemas, se apresentam desde então. Um deles refere-se aos novos serviços que, embora tenham apontado para uma nova tendência no que diz respeito ao modelo assistencial, chamou a atenção para o aspecto da qualidade dos

mesmos. Percebeu-se que o fato de ser um serviço externo, não garante sua natureza não-manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional, a exemplo do que ocorreu com os ambulatórios quando estes eram vistos como alternativa ao manicômio. Deve-se atentar para o caráter de ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional”, AMARANTE (1998, p. 79).

O movimento de desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais estabelecendo formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social, MORENO (1995).

### ✓ **História do Instituto de Psiquiatria/ Hospital Colônia Santana**

A inauguração do Hospital Colônia Santana (HCS) em São José, no ano de 1941, se deu devido a necessidade em construir-se um hospital psiquiátrico à pacientes que viviam isolados nas comunidades e/ou acorrentados em porões e presos em quartos ou casebres. Sua instalação ocorreu concomitantemente com a criação do ambulatório de saúde mental que marcou o início da terapêutica psiquiátrica em Santa Catarina.

A ocupação inicial do HCS foi de 300 pacientes, chegando a 2500 em 1972, época esta, em que Santa Catarina contava apenas com o HCS como instituição psiquiátrica estatal. Durante o mesmo período, houve uma modificação na política de saúde mental e aos poucos, foram suprimidas técnicas agressivas de tratamento como eletroconvulsoterapia, adquirindo ênfase a terapia medicamentosa, principalmente as neurolépticas e os trabalhos alternativos.

Por volta de 1980, chegou-se ao número de 850 pacientes, internados em condições mínimas de higiene, medicação, segurança e proteção através de uma equipe multidisciplinar.

O HCS, um macro hospital pertencente à Secretaria da Saúde, prestava atendimento psiquiátrico em regime de internação a pacientes de ambos os sexos, com as mais variadas categorias diagnósticas, oriundos de zonas urbanas e rurais, de todas as regiões geoeconômicas de Santa Catarina e de outros estados. O perfil da clientela em geral, era de pessoas de baixo nível sócio-econômico e cultural, carentes sob diversos aspectos. Devido

a uma elevação da demanda de pacientes (de aproximadamente 1200) recorrente da redução de leitos psiquiátricos em hospitais gerais do estado e fechamento do pronto-socorro do Instituto São José (ISJ), ocorreu um declive no atendimento prestado no HCS. Frente a esta situação, o HCS foi dividido em sete unidades com objetivos terapêuticos definidos e assim constituídas: Unidade de Admissão, onde é realizada a coleta de dados em relação ao paciente e familiares; Unidade de Clínica Médica, que presta atendimento aos internos com alguma intercorrência clínica; Unidade de Curta Permanência, com prognóstico de alta hospitalar num período máximo de 90 dias; Unidade de Longa Permanência, atende crônicos e/ou asilares; Unidade de Emergência, destinada a transtorno mental com risco eminente; Unidade de Alcoolismo, visando a ressocialização e a reabilitação do paciente e Unidade Infantil, para crianças de até 18 anos de idade com intercorrência psiquiátrica.

Segundo informações da enfermeira responsável pela realização dos estágios no IPQ, devido a adequação às normas do Ministério da Saúde em 1994, que não permitia pacientes moradores no hospital, o HCS passa a denominar-se IPQ, dividido em Centro de Convivência Santana e Unidade de Internação. Em âmbito geral continua sendo considerado um macro hospital, possuindo 610 leitos, sendo 410 leitos destinados ao Centro de Convivência, onde encontram-se pacientes com pouco ou sem nenhum vínculo familiar e 200 leitos para as unidades de internação, as quais atendem pacientes em permanência temporária.

Atualmente no que se refere à unidade de internação, o IPQ não é considerado um macro hospital, pois para sê-lo deve contar com um número acima de 300 leitos.

O IPQ não conta apenas com terapia medicamentosa, mas também com uma equipe multiprofissional, formada por profissionais da área de enfermagem, médica, serviço social, fisioterapia, pedagogia, educação física, nutrição, terapia ocupacional e odontologia, buscando fornecer uma melhor qualidade na assistência. Segundo Faria, Sanceverino e Costa (1992)

### *2.1.2 Transtornos Mentais*

Dentre todos os transtornos mentais existentes na psiquiatria, achamos de fundamental importância o Distúrbio Bipolar, Depressão e Esquizofrenia, os quais iremos



abordar, seguindo como referência a apostila elaborada pelas professoras Tânia M. Scóz e Rosângela Maria Fenili, utilizada na 7ª fase curricular do curso de enfermagem, artigo da internet e bibliografias.

### ✓ **Distúrbio Bipolar do Humor**

O transtorno bipolar (TB), também conhecido como Transtorno Afetivo Bipolar, anteriormente denominado de Psicose-maniaco-depressiva, caracteriza-se pela alternância de episódios de euforia, também chamada de mania, e episódios de depressão, com períodos de normalidade nos intervalos, podendo comprometer-se em diversos níveis o funcionamento interpessoal, social e ocupacional do indivíduo.

Os episódios depressivos caracterizam-se por humor deprimido, onde há sentimento de perda de interesse, prazer e apetite, dificuldade para concentrar-se, energia reduzida, insônia e despertar precoce, culpa e pensamentos de morte e suicídio, sintomas estes, que devem estar presentes por pelo menos duas semanas.

Os episódios maníacos apresentam humor eufórico ou irritável, com expansividade, aceleração do pensamento, necessidade de sono diminuída e auto-estima elevada com idéias grandiosas. Estes sintomas devem estar presentes por pelo menos uma semana de forma ininterrupta.

Manifesta-se geralmente em torno dos 30 anos de idade, no entanto, o primeiro episódio pode ocorrer ao redor dos 5-6 anos até os 50 anos de idade.

#### 1. Etiopatogenia.

- (a) *Fatores biológicos:* desequilíbrio nos neurotransmissores, noradrenalina, serotonina, dopamina e acetilcolina.
- (b) *Fatores psicossociais:* os acontecimentos vitais estressantes, costumam preceder os primeiros episódios do Transtorno Bipolar, mais do que os episódios subsequentes .

O curso do Transtorno Bipolar é de longa duração recorrente, podendo ocorrer episódio único de mania (10-20% dos casos) e um segundo episódio após 2 anos (40-50% dos casos).

2. Prognóstico. O pior prognóstico está associado ao fraco estado ocupacional pré-mórbido, dependência de álcool, sintomas psicóticos, características depressivas entre os episódios em pacientes do sexo masculino. Um melhor prognóstico está associado à curta duração dos episódios, pensamentos suicidas diminuídos, associação com intercorrências clínicas.

3. Tratamento. Os melhores resultados são obtidos com associação de Psicoterapia e Farmacoterapia. É de absoluta necessidade o conhecimento pelo paciente de seu transtorno para que a intervenção farmacoterapêutica seja devidamente cumprida, tratando-se de um acompanhamento de longa duração.

### ✓ **Depressão**

A depressão tem sido registrada desde os tempos imemoriais e descrições do que hoje denomina-se transtorno do humor podem ser encontradas em muitos documentos antigos.

1. Incidência. A expectativa de desenvolvimento de depressão é de 20% nas mulheres e 10% nos homens, sendo apenas 20 a 25% diagnosticados e tratados corretamente. É mais freqüente no sexo feminino, podendo estar associado a estressores variados como parto, desamparo e efeitos hormonais.

2. Idade. Pode iniciar da infância à velhice, sendo que 50% dos pacientes tem seu primeiro surto entre 20 e 50 anos.

3. Tipos de Depressão. Existem vários tipos de depressão, nos mais variados graus, sendo que os tipos mais comuns são os seguintes:

(a) *Depressão maior*: trata-se da manifestação mais grave da depressão.

✦ **Diagnóstico**: pelo menos 5 dos seguintes sintomas devem estar presentes ao longo de duas semanas. São eles:

- Humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo;
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todos ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias;
- Perda ou ganho de peso corporal significativo em um mês;

- Insônia ou hipersônia quase todos os dias;
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessivos quase todos os dias;
- Diminuição da capacidade de pensar ou se concentrar.

Os sintomas não se devem a efeitos psicológicos diretos, de uma substância ou de uma outra doença.

(b)*Distímia*: trata-se de um humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por um período de dois anos. Os indivíduos que apresentam transtorno distímico, demonstram queda da auto-estima e baixo interesse .

- ⊕ Diagnósticos: humor deprimido, na maior parte do dia, a maioria dos dias, por pelo menos dois anos. Presença, enquanto deprimido, de duas ou mais das seguintes características:
  - Apetite diminuído ou hiperfagia;
  - Insônia ou hipersônia;
  - Baixa energia ou fadiga;
  - Baixa auto-estima;
  - Fraca concentração ou dificuldade de tomar decisões.

Durante dois anos a pessoa ficou sem os sintomas descritos por mais de dois meses. Não há evidência inequívoca de episódios de depressão maior. Nunca houve episódio maníaco ou hipomaníaco. Não há superposição de episódio psicótico crônico como esquizofrenia ou transtorno delirante. Os sintomas não podem ser creditados a fatores orgânicos, como hipertireoidismo ou a prolongada ministração de medicamentos.

⊕ Causas da Distímia:

- Relações familiares complicadas.
- Pais agressivos, abusivos, distímicos.
- Doenças incapacitantes.
- AVC.
- Reações à situações de estresse extremo.

As causas da depressão ainda são desconhecidas, mas elementos dedutivos forçam a creditar que se trata de uma etiologia multifatorial, com elementos biológicos e psicossociais.

### ✓ **Esquizofrenia**

Antigamente a esquizofrenia era tratada, a longo prazo, com internação em hospitais mentais. O início da utilização de drogas antipsicóticas nos meados dos anos 1950 e 1960 e a pressão política e econômica de redução de custos, coincidiram com a esperança de que estas drogas seriam mais eficientes. Anos mais tarde, milhares de pacientes foram libertos das instituições para a comunidade. A maioria das famílias foi orientada para receber seus doentes e a incidência de esquizofrênicos em seus lares aumentou. Apesar da tentativa de reduzir os gastos com estes pacientes mentais nos hospitais, 40% dos pacientes ainda requerem tratamento com hospitalização a longo prazo e mais da metade dos pacientes necessitam de auxílio público pelo menos um ano antes de reingressar na comunidade.

O termo esquizofrenia é derivado da palavra grega que significa mente partida ou personalidade dividida. É uma doença mental grave, caracterizada por sintomas psicóticos e alterações do desempenho social e profissional do paciente. O esquizofrênico apresenta retraimento emocional da sociedade presente.

Conforme o Código Internacional da Doença (1993) (CID-10): “esquizofrenia é definida como um distúrbio que apresenta distorção, características do pensamento e da percepção e por afetividade inapropriada e embotada. A capacidade intelectual está preservada, embora possam ocorrer certos déficits cognitivos com o curso da doença. Ocorrem alucinações, especialmente auditivas”.

#### 1. Incidência.

Esta doença afeta homens e mulheres com igual frequência. Os primeiros sintomas psicóticos da esquizofrenia, geralmente, aparecem na adolescência ou durante a década dos 20 anos nos homens e durante a década dos 20 ou início dos 30 anos nas mulheres. Sintomas como isolamento ou retraimento social, distúrbio do pensamento, do discurso e da conduta, podem acompanhar ou preceder os sintomas psicóticos.

## 2. Etiologia.

Não se conhece nenhum fator específico que causa a esquizofrenia. Parece que há fatores genéticos que produzem uma predisposição à esquizofrenia, aliados a fatores ambientais que contribuem para o desenvolvimento de diferentes graus da doença em diferentes indivíduos.

Sabe-se que a esquizofrenia se repete em famílias e que parentes consangüíneos de pacientes esquizofrênicos têm maior probabilidade de desenvolver a esquizofrenia do que consangüíneos de pessoas sem a doença. Estudos demonstram que gêmeos idênticos têm um índice mais elevado de "concordância" de esquizofrenia do que gêmeos fraternos. Embora os estudos com gêmeos forneçam esta evidência de que, existe um fator hereditário, o fato da esquizofrenia estar em concordância em gêmeos idênticos ser de somente 40% a 60%, sugere que vários fatores ambientais também podem intervir na manifestação da doença.

Em estudos com filhos adotivos, ocorreu maior prevalência em filhos adotados de pais esquizofrênicos. Há especialistas de opinião de que se pode herdar uma vulnerabilidade ou uma predisposição a este distúrbio. Esta predisposição pode dever-se a um defeito enzimático ou outra anormalidade bioquímica, a um pequeno déficit neurológico ou algum outro fator ou combinação de fatores.

O início da esquizofrenia pode ser repentino ou gradual, sendo que no primeiro o prognóstico é levemente menor, regredindo em um terço dos pacientes. Nos outros pacientes a doença segue seu curso numa flutuação entre altos surtos psicóticos, seguidos de remissão. Em pacientes com histórias de outras doenças pode ser difícil o diagnóstico para os sintomas da esquizofrenia, sendo estes sintomas mascarados pelos outros, não recebendo portanto a atenção médica e a devida medicação.

O comportamento do esquizofrênico demonstra ser assustador, porém não são mais violentos do que as pessoas normais; pelo contrário, são mais capazes de não produzir a violência. Calcula-se porém que cerca de 15% dos portadores dos sintomas da esquizofrenia podem cometer suicídio, o risco aumenta em pacientes muito jovens e desiludidos.



### 3. Sintomas.

Segundo Bleuler, citado por SCÓZ e FENILI (1999)"a esquizofrenia é descrita, e atribuída à presença dos 4 "A" : Apatia, (desagregação do pensamento); Afrouxamento dos nexos associativos; Autismo e Ambivalência afetiva. Acrescentando a alucinação auditiva. Mas o transtorno do pensamento, ou desagregação associativa, é considerada o mais importante entre estes.

- (a)*Apatia*: suas emoções mostram um certo grau de inadequação, podendo ser estranhamente intenso ou aparentemente ausente. O embotamento afetivo, é a falta de resposta emocional dos esquizofrênicos.
- (b)*Afrouxamento dos nexos associativos*: torna-se impossível acompanhar as expressões verbais do paciente, a idéia ou corrente de pensamento do indivíduo sai de uma seqüência, indo para outra sem qualquer relação com a anterior.
- (c)*Autismo*: o observador tem dificuldade em compreender esse tipo de linguagem, e os processos de pensamento não podem ser facilmente acompanhados pelo observador. Os pensamentos e as expressões verbais do paciente, possuem um significado para ele. Não estão a serviço da comunicação, mas sim a serviço da auto expressão, da liberação das tensões internas.
- (d)*Ambivalência afetiva*: exibe um comportamento de abordagem - evitamento, resultando o fato de sentir duas emoções mutuamente exclusivas tais como amor e ódio, exatamente ao mesmo tempo.
- (e)*Alucinações auditivas*: é um distúrbio considerável no juízo da realidade. Qualquer um dos 5 sentidos, pode estar representado nas alucinações esquizofrênicas.

O indivíduo que sofre de esquizofrenia habitualmente exibe comportamento psicomotor anormal, sendo manifestado por agitação ou inatividade mental".

Os sintomas de esquizofrenia podem surgir de vários processos físicos e respondem diferentemente aos tratamentos diante disso, Crow, citado por SCÓZ e FENILI (1999), classificou os sintomas em:

- (a) *Positivos ou produtivos*: (alucinações e enganos) ou dano cognitivo (pensamento desordenado). Os acontecimentos psicóticos particularmente enganos e alucinações são os sinais mais reconhecidos de esquizofrenia. As alucinações podem ser de ver e ouvir coisas que não existem, sendo que as alucinações auditivas, que são os falsos sentidos de sons, são os sintomas mais comuns. Os enganos são a crença mais falsa, sendo que podem ser estranhas (estrangeiros invisíveis entraram num lugar por um suporte elétrico), ou bizarros (ciúme infundado, ou crença paranóica de perseguição ou de ser observado). No dano cognitivo ocorre a falta de atenção, desordem de pensamento, processamento de informações e aberrante associação entre palavras e frases. Ocasionalmente os pacientes ligam as palavras mais por semelhanças de sons do que por significados.
- (b) *Negativos ou deficitários (de socialidade baixa)*: ausência do comportamento esperado, com distorções do afeto, relações interpessoais, embotamento afetivo e pobreza de discurso com afastamento dos contatos sociais.

Para ser considerado esquizo, o paciente deve apresentar durante pelo menos 6 meses os seguintes sintomas:

- (a) *Realidade não comum*: a visão do mundo é diferente da realidade que é percebida e compartilhada pelas pessoas que cercam o esquizofrênico. Ocorre uma percepção distorcida da realidade, contribuindo para os processos de pensamentos perturbados.
- (b) *Alucinações*: mais comum é a auditiva.
- (c) *Delírios*: caracterizados por crenças pessoais falsas, não sujeitas à razão ou evidência contrária. Às vezes de natureza paranóide, o indivíduo se sente perseguido ou em perigo.
- (d) *Distúrbios do pensamento*: a pessoa tem dificuldade de “pensar estruturadamente” durante muitas horas. Pode distrair-se facilmente ou não conseguir concentrar-se por muito tempo. Falta lógica de pensamento.
- (e) *Expressão das emoções*: afeto inadequado (demonstração que não tem relação com o que pensa ou diz); afeto embotado.

- (f) *Atividade psicomotora anormal*: o indivíduo fica balançando, dando passos sem sair do lugar ou permanece imóvel.

#### 4. Tipos de Esquizofrenia

O indivíduo esquizofrênico segundo os psiquiatras tem seu comportamento categorizado em tipos de doença que são:

- (a) *Catatônico*: melhor prognóstico, com início mais cedo, sendo o quadro dominado por distúrbios da psicomotricidade que são mais proeminentes. O paciente externa períodos de excitação a agitação com períodos de estupor, negativismo. Podem ocorrer:
- ✦ Estupor catatônico: cessam todas as formas voluntárias de atividade motora.
  - ✦ Agitação catatônica: comportamento agressivo e imprevisível, atividade motora excessiva. Pode apresentar “flexibilidade cêrea” (mantém durante um tempo considerável, sem fadiga, uma posição em que seu corpo foi colocado).
- (b) *Paranóide*: é a forma mais comum. O início é gradual e o prognóstico não é favorável. A principal característica é a extrema desconfiança que se manifesta na relação dos pacientes como também nas idéias delirantes. A pessoa acredita que é objeto de conspiração e que está sendo prejudicada por inimigos ou grupos hostis.
- (c) *Simples* (crônica): menos evidente. Há uma desagregação do pensamento. As relações mais íntimas estão ausentes. Seu padrão de vida é indicativo da gravidade dos seus distúrbios emocionais da natureza ineficaz e da tentativa de ajustamento.
- (d) *Hebefrênico* (pior prognóstico): altera a afetividade, delírios e alucinações, tem comportamento bizarro e pueril. Risos imotivados, pensamento desorganizado e discurso fragmentado. Ocorre a desintegração quase total da personalidade humana.
- (e) *Esquizoafetivo*: o paciente tem um humor hipomaníaco ou deprimido. Tanto alucinações como idéias delirantes são freqüentes.

## 5. Tratamento

O tratamento para a esquizofrenia deve ser integrado. Além das drogas pode-se utilizar alguma forma de terapia psicossocial, dando-se da seguinte forma:

(a) *Medicações antipsicóticas*: as drogas típicas antipsicóticas bloqueiam os receptores de dopamina, neurotransmissores que julga-se ter influência nos sintomas psicóticos. Como as causas são desconhecidas, o tratamento farmacológico atua reduzindo os sintomas. Sua dose é individualizada. Drogas típicas não são muito bem sucedidas na redução dos sintomas negativos, embora as pessoas freqüentemente demonstrem um menor isolamento e apatia em virtude da redução dos episódios psicóticos. Os medicamentos utilizados: clorpromazina (neuroléptico), clozapina (antipsicótico), lítio, carbamazepina, benzodiazepínico (lorazepan, alprazolam), remoxiprida e risperidona.

(b) *Tratamento Psicossocial*: a esquizo torna o indivíduo incapacitante para o trabalho, por impedir o aprendizado e sua qualificação. Destacam-se:

- ✦ *Reabilitação*: ocorre o treinamento social e vocacional incluindo orientação vocacional.
- ✦ *Psicoterapia Individual*: realizado com profissional treinado em psicoterapia onde, em conversas, abordam-se problemas passados e atuais, pensamentos e sentimentos ou relacionamentos, para ajudar os indivíduos a compreenderem mais de si mesmo e seus problemas.
- ✦ *Terapia Familiar*: ajudar na compreensão da doença e o tratamento.
- ✦ *Terapia de Grupo*: objetiva aprender com a experiência do outro. É realizado com grupo de 6 a 12 pacientes com 1 a 2 terapeutas.
- ✦ *Grupos de Auto-ajuda*: objetiva fazer com que a pessoa perceba que não é a única a enfrentar este problema.

O tratamento ao paciente esquizofrênico pode acontecer em todo o processo da doença, sendo diferenciado conforme as condições do paciente e o estágio da doença em que ele se encontra, como:

(a)*Fase Aguda*: tem o objetivo de diminuir a sintomatologia. Pode ser realizado em regime de internato ou ambulatorial. O tratamento é feito através de psicofármacos e abordagens psicossociais, sendo importante a orientação familiar, para o esclarecimento sobre a doença e maneiras de auxiliar o paciente.

(b)*Fase de Manutenção*: profilaxia de recidivas ou novos surtos e a reabilitação do paciente. Há duas formas de medicar:

- ✦ Através do medicamento oral, onde a dose é metade ou até  $\frac{1}{3}$  da dose utilizada na fase aguda, e o cliente deve ficar atento aos sinais e sintomas de piora: tensão, nervosismo, dificuldade de concentração, incompetência, inquietação, tristeza, dificuldade para dormir.
- ✦ No segundo caso, o medicamento é utilizado por uso intermitente, onde o paciente usa todos os dias e pára nos fins de semana.

O tratamento medicamentoso é indicado para todo o paciente com esquizo; seu uso deve ser de 1 a 2 anos após o 1º surto, e com 2 surtos, o prazo passa a ser de 5 anos. Sua suspensão deve ocorrer de forma progressiva e com orientação médica.

A psicoterapia tem uma compreensão psicodinâmica da esquizo, onde os pacientes têm dificuldades de lidar com conflitos adquiridos precocemente na relação criança/mãe/pai. A psicoterapia é mais favorável pela ênfase no processo de interação social.

#### 8. Cuidados Domiciliares.

Enquanto o paciente estiver em convívio de familiares, na sua residência, devem-se ter os seguintes cuidados com o mesmo:

- Garantir avaliação da esquizo por um profissional;
- Garantir que a medicação continue sendo administrada;
- Dizer ao paciente, nos episódios de delírios, que não vemos daquele modo, que não concordamos com as suas conclusões, reconhecendo que para ele podem ser diferentes.
- Atentar para os sinais de recaída (ex.: retraimento ou alteração do sono).

– Animar o paciente para recuperar suas habilidades, dando enfoques positivos ao invés das críticas.

#### 9. Trabalhando com Paciente Esquizofrênico.

Ao trabalhar com o paciente esquizofrênico, objetiva-se a sua socialização. O tratamento deve ser dirigido às suas necessidades e capacidades específicas.

– A enfermeira deve apresentar uma atitude calorosa e de aceitação, pois do ponto de vista psicogênico, o trauma básico é considerado um distúrbio no relacionamento mãe-filho, onde a impressão de rejeição é transmitida para a criança. Não se deve fazer promessas que não se possam cumprir.

– A enfermeira deve ir ao encontro do paciente, já que o esquizo é incapaz de dar ou responder com amor o calor humano.

– A enfermeira deve mostrar-se interessada já que o paciente acusa a pessoa que o auxilia de o estar rejeitando, devido a incapacidade de investir-se em outras pessoas.

– Enfrentar a hostilidade do paciente, considerando que ele tem poucos mecanismos de defesa.

– Ouvir atentamente o que o paciente está dizendo, tentando responder a um tema importante ou sentimento que o paciente está exprimindo.

– Atentar para a comunicação não verbal.

– Observar respostas e pensamentos corretos.

– Observar a incapacidade de distinguir o eu do não eu.

– Saber que a regressão é o mecanismo de defesa mais encontrado.

– Não negar a presença de outras pessoas se for necessária a contenção.

– Realizar reuniões com a equipe para discutir suas dificuldades com o paciente.

#### 10. Objetivo do Tratamento.

O objetivo do tratamento domiciliar está dividido em 5 passos:

– Ajudar o paciente a tolerar a proximidade da enfermeira.

– Reduzir seus sentimentos de solidão.

- Aumentar sua auto-estima.
- Combater a tendência ao isolamento.
- Ajudá-lo a encarar sua ansiedade.

#### 11 Atendimento de Enfermagem.

O atendimento de enfermagem deve atentar para:

- Manifestação de retardo ou agitação na área psicomotora.
- Negligência na área de cuidados pessoais.
- Incapacidade para decidir-se a ir ao banheiro.
- Tomada de decisões e pensamentos prejudiciais.
- Dificuldade com a higiene corporal.
- Agressividade com pessoas ou coisas.
- Fuga de situações sociais e atividades grupais.
- Alucinações.
- Desconforto físico.
- Observação da medicação que toma.
- Observação da desnutrição.
- Cumprimento das promessas feitas.
- Auxílio nos cuidados pessoais, para melhora de sua auto-estima.
- Uso de frases curtas e palavras específicas.
- Manutenção de atividades diárias iguais, durante um bom período.
- Atenção individual ao paciente.

#### *2.1.3 Áreas Críticas na Relação Enfermeiro- Paciente, Enfermeiro-Pessoal, Enfermeiro- Trabalhador.*

Os problemas relacionados a esta temática, podem ser agrupados em quatro estágios: problemas de comportamento de cada paciente, problemas específicos de cada enfermeiro,

problemas que se apresentam ao trabalhar em equipe e problemas ao se trabalhar com outras pessoas de outras disciplinas da saúde. Cada interação enfermeira- paciente, enfermeira- pessoal e enfermeira- trabalhador da saúde é única. A seguir retrataremos cada interação acima mencionada.

### ✓ **Problemas Específicos dos Pacientes**

Ao estabelecer a relação, o principal obstáculo a superar, reside na barreira do desapego ao “compromisso”, de parte de ambos os participantes. Uma das premissas básicas em relação às áreas críticas, é que o doente mental é incapaz de estabelecer relações-interpessoais satisfatórias com outras pessoas e tampouco desfrutar dessa relação. Os doentes mentais são incapazes de comprometer-se emocionalmente em um nível maduro com outros seres humanos. O não comprometer-se caracteriza-se pela incapacidade para perceber-se a si mesmo como participante ativo das experiências da vida. Esta pessoa vê a vida como um observador ou agente passivo, influenciado pelas experiências, porém sem comprometer-se ativamente. O não comprometer-se constitui uma defesa contra a angústia. O não comprometer-se vai desde a indiferença até a fuga em direção à fantasia. O não comprometer-se se caracteriza por uma incapacidade para desenvolver relações significativas com outras pessoas, embora não implique necessariamente que a pessoa não deseje esta aproximação. Sugere-se ao enfermeiro, formas para enfrentar o problema estabelecido e como ajudar o paciente a resolvê-lo.

1. Retraimento: Estabelecer um laço emocional com o paciente retraído, representa um desafio. A comunicação (verbal e não-verbal) é o meio para aproximar-se da pessoa retraída. A linguagem da pessoa retraída pode variar, desde responder utilizando monossílabas ou frases curtas até o completo mutismo. O enfermeiro pode chegar à conclusão de que o enfermo não tem emoções. Nem todas as pessoas retraídas estão desprovidas de afeto, muitas podem demonstrar que seja falta de afeto ou um afeto inapropriado. As pessoas retraídas, podem recorrer a diversas manobras para manter-se longe da enfermeira. Por exemplo: recusam-se a falar, respondendo só quando se formula uma pergunta direta, escondem-se, quando chega o momento da interação, permanecem em grupo, iniciam um jogo de cartas, para evitar qualquer diálogo significativo. Para ajudar este paciente, deve-se identificar quais as maneiras que ele para evitar o relacionamento. É



importante enfatizar que o paciente utilizará desta manobra até o momento que ache necessário, cabe à enfermeira ajudá-lo a abandoná-la gradualmente. Algumas sugestões:

- (a) *O indivíduo permanece em grupo ou jogo*: a enfermeira deve identificar a manobra utilizada pelo paciente e o que ela representa na vida do mesmo. A enfermeira participa do grupo, para aproximar-se do paciente. Espera-se que com o tempo o paciente confie na enfermeira como uma pessoa que não vai pressioná-lo a uma relação para a qual não esteja preparado. Gradualmente o paciente abandona suas manobras e conversará com a enfermeira. A enfermeira deve concentrar-se no paciente, não no jogo ou nos membros do jogo. Ela usa o grupo ou o jogo para chegar ao doente e estabelecer um contato emocional com ele.
- (b) *Indivíduo que se esconde da enfermeira*: alguns indivíduos se escondem da enfermeira no momento da relação enfermeira-paciente. Só aparecem quando acaba o tempo marcado. O comportamento do doente, pode ser uma forma de provar os limites da relação, com a intenção de provocar uma resposta punitiva da enfermeira. Antes de acabar o encontro, deve-se lembrar ao paciente, a data e hora do novo encontro. A enfermeira deve dar a entender que ela deseja sinceramente compreender o significado do seu comportamento, tendo uma atitude de não recriminação e não condenação. Se o doente não aceitar a interação, dizendo para a enfermeira buscar outro paciente, ou ela permanece calada, indicando ao paciente sem falar, que conte um pouco mais acerca de sua negação a participar, ou interroga as pessoas acerca de sua negativa ou conveniência sobre os benefícios da relação enfermeira-paciente. Ambos devem entender as razões deste comportamento (negação da relação).
- (c) *O indivíduo relativamente silencioso*: o indivíduo cuja resposta comportamental habitual é ficar em silêncio, representa um desafio. Os agentes psicofarmacológicos são efetivos no tratamento desses pacientes. O silêncio constitui um método-passivo agressivo para manter os outros à distância, negando-se a responder. O silêncio total é um desvio extremo de comportamento das pessoas normais sob a tensão de provocação (real ou imaginária). Se deu resultado este método seria habitual, e não temporal, para controlar o comportamento dos outros.

(d) *O indivíduo que alucina*: a enfermeira não deve aceitar que as alucinações do paciente se baseiem na realidade, nem tampouco deve negar que a alucinação é muito real para o paciente que sofre. É importante que a enfermeira recorde que as alucinações são sintomas dos transtornos mentais e que nos transtornos funcionais tendem a desaparecer e levar à uma aproximação com o paciente. Quando esse experimenta o calor de uma relação humana, não necessita alucinar, os objetos e vozes se dissipam e com o tempo desaparecerão. Pode-se criar um problema se a enfermeira se interessa muito pelos conteúdos das alucinações, isto reforça o comportamento delirante ao prestar-lhe mais atenção para as alucinações, que a relação que se está desenvolvendo.

(e) *O indivíduo que responde com monossílabas ou frases curtas*: é igualmente difícil o relacionar-se com uma pessoa cuja resposta habitual aos comentários e perguntas é um monossílabo ou frase curta. A paciência, a perseverança e a capacidade para esperar em silêncio, são necessárias para iniciar uma relação com pessoas que utilizam as monossílabas ou frases curtas. Estas pessoas não respondem quando são pressionadas ou tentadas.

2. Abatimento: A pessoa deprimida responde com monossílabas, frases curtas ou permanece muda. O sentimento ou estado de ânimo que o paciente abatido transmite é de tristeza, desalento, má vontade, pessimismo e desesperança. Este abatimento, pode estar relacionado às experiências de sua infância, perda de carinho ou de auto-estima. A pessoa abatida é usualmente uma pessoa que culpa a si mesma ou culpa aos demais pela perda da auto-estima. A depressão, pode ser então um grito de auxílio e atenção, assim como uma forma de castigar os demais. Esse indivíduo que faz uso do abatimento é diagnosticado usualmente como uma reação depressiva. O importante é a enfermeira valorizar a capacidade da pessoa em relacionar-se com outras pessoas e logo achar maneiras de ajudá-la a romper a cadeia de abatimento. A meta desejada é que o paciente perceba a enfermeira como um ser humano conhecedor, útil e preocupado, em lugar de uma enfermeira.

(a) *O problema do suicídio*: a pessoa deprimida vislumbra o suicídio como única forma de sair de seu dilema. A pessoa abatida tem maiores possibilidades de tentar suicídio quando sua depressão diminui, uma melhora súbita, constitui um sinal preocupante. Existem algumas indicações na literatura, que mostram que as

peessoas que têm em mente o suicídio, comunicarão suas intenções a uma pessoa pelo menos. Tais intenções podem estar disfarçadas, como uma despedida de forma diferente. A enfermeira deve questionar, saber o que ele quis dizer, fazendo-o questionar e conversar a respeito. A enfermeira escuta e diz suavemente ao paciente que não lhe permitirá tirar sua vida, nunca dizendo de uma maneira impositora. A enfermeira deve alertar toda a equipe. É melhor pecar por tomar demasiadas precauções, que lamentar por não havê-las tomado.

(b) *Outra área de problemas*: manobras que o paciente usa para evitar a aproximação.

Fala continuamente sobre suas dores físicas. A enfermeira deve sempre averiguar e fazer comparações para ver o que há de verdade em sua queixa. É importante transmitir a atitude de que o paciente vai melhorar sim, mas quando o paciente apresentar sinais de melhora, não devem ser feitos comentários, pois tais comentários podem fazer com que a pessoa retorne a seu nível de aflição. Não existem palavras para restabelecer a esperança do desesperado, a única coisa que existe é a interação cotidiana mediante a qual, com conhecimentos, perseverança e verdadeiros desejos de ajudar, a enfermeira pode ajudar o doente.

(c) Superficialidade. É a incapacidade da pessoa para estabelecer um diálogo significativo com os demais. Este comportamento tem o objetivo de evitar uma aproximação. Só se usa a superficialidade, quando não se obteve resultados positivos anteriormente. A pessoa só fala o trivial. Elas são cansativas, suas conversas são tediosas e raras vezes escutam, ninguém os quer como companheiros ou amigos. Estas pessoas usam a pseudocomunicação, usando palavras e frases rebuscadas, generalidades ou idéias abstratas. A enfermeira deve ajudar fazendo com que ele permaneça em um só tópico. A intervenção da enfermeira baseia-se na suposição de que o paciente se beneficie em concentrar sua atenção em identificar problemas, discernir as causas e efeitos, vislumbrar alternativas contidas e mudar seu comportamento. A enfermeira não deve se impressionar com a erudição do paciente, só assim ele começa a confiar nela. Se este paciente puder experimentar o calor de uma relação, ele pode converter-se gradualmente em um ser humano mais autêntico, capaz de mudar o seu comportamento.

3. Comportamento Manipulador e Provocativo: A manipulação pode ser construtiva ou destrutiva, é uma tentativa deliberada de controlar o comportamento das pessoas para atender nossas necessidades ou metas. Os indivíduos que habitualmente têm um comportamento manipulador destrutivo, podem ser diagnosticados como quem tem um transtorno de personalidade sociopática ou síndrome de Main. As diferentes manobras utilizadas pelo manipulador destrutivo podem ser lisonjear o médico ou a enfermeira para obterem privilégios. A enfermeira reconhece que mais cedo ou mais tarde, o paciente tratará de manipulá-la mediante qualquer estratégia. O paciente pode tentar insultá-la, fazer comentários de sua vida social. A enfermeira deve reconhecer as táticas manipuladoras que a pessoa utiliza, não deve se impressionar com seu encanto superficial, suas habilidades verbais ou adulações. A enfermeira compreende e aceita a necessidade do paciente em se utilizar dessas manobras. Ela pode ajudar o paciente a retardar a necessidade de ter uma gratificação de suas necessidades imediatas ou a diminuir sua propensão a manipular outros seres humanos.

4. Desconfiança: É a tendência mais ou menos persistente de desconfiar ou confiar na sinceridade, veracidade ou honestidade das pessoas, tais como exemplos de pais desconfiados, de uma criança que não se sente amada e que não confia nela. Geralmente a infância dos desconfiados é marcada por frieza e indiferença dos pais. As pessoas desconfiadas não aceitam pontos de vista diferentes do seu. Nos desconfiados, incluem-se fofoqueiro mau intencionado, colecionador de injustiças, desmancha prazeres ao invejoso patológico. O indivíduo que delira vive em uma selva hostil, esperando ser atacado, nunca comete erros, é o melhor empregado. Dentro de uma atmosfera de angústia exacerbada, a pessoa necessita encontrar algo ou alguém a quem jogar a culpa. Uma das tarefas da enfermeira é identificar a resposta habitual do paciente, as manobras que usa para evitar a aproximação. Uma tarefa importante é ensinar o desconfiado a aprender a confiar. A confiança uma vez desenvolvida é frágil e deve ser cultivada cuidadosamente, pois pode ser destruída facilmente. A enfermeira deve ser honesta e consistente em suas interações. A enfermeira deve escutar atentamente a versão do paciente, deve interrogá-lo sobre o que não esteja claro e clarear o que está experimentando. Ao diminuir sua angústia, o paciente é capaz de falar sobre seu medo, ira e confusão na ilusão com o que tem acontecido. É importante que a enfermeira compreenda realmente que o doente necessita

desesperadamente e teme a aproximação de outras pessoas e que não permita que as manobras de distanciamento do paciente lhe impeçam de interagir com ele.

5. Angústia: É inerente à condição humana, não é adquirida. A angústia pode se intensificar em resposta a ameaças reais ou imaginárias para satisfação de suas necessidades básicas. Pode aumentar quando a pessoa se vê de frente ao desconhecido, o novo, o diferente. A angústia se caracteriza por tensão, inquietude, apreensão, a personalidade se desorganiza por completo e tal desorganização produz um estado psicótico. As manifestações são: taquicardia, dilatação pupilar, sudorese, respiração superficial e rápida, tremores, anorexia, náuseas, insônia, vertigem, fadiga, cefaléia, visão em túnel, pequenas doenças. A incapacidade para enfrentar a angústia é um dos fatores causais na criação do comportamento patológico. Ao estabelecer uma relação pessoa-pessoa, a enfermeira deve valorizar o nível de angústia do paciente. A enfermeira observa o comportamento do paciente buscando sinais de angústia, presta atenção nos temas das conversas que tendem a aumentar a incomodação do paciente a expressar aquilo que o incomoda, percebe a causa e o efeito. A interação da enfermeira é mais no sentido de ouvir o paciente.

#### ✓ **Problemas específicos das enfermeiras**

A enfermeira que é a praticante da relação pessoa-pessoa, traz na RPP a singularidade de sua individualidade e sua firmeza, assim como seus problemas de personalidade e suas falhas.

Tanto o paciente quanto a enfermeira têm sido moldados pelas experiências da vida. Ambos têm tratado de enfrentar os problemas de forma a amenizá-los. A praticante, como ser humano, pode ter encontrado problemas na vida que não têm sido resolvidos satisfatoriamente e que podem surgir como obstáculos ao tratar de estabelecer uma relação com os pacientes. Por exemplo uma enfermeira que tem muitas dificuldades em sua relação com um dos pais pode ser incapaz de trabalhar com um paciente que representa uma figura paterna.

Algumas enfermeiras aparentemente são incapazes de estabelecer uma relação com pacientes que exibem certo tipo de comportamento. Por exemplo, uma enfermeira prefere interagir com uma pessoa retraída e não com uma pessoa deprimida. Por que? Uma

suposição pode ser que os problemas do paciente deprimido se assemelham aos problemas não resolvidos da enfermeira; ela também pode ver a grandiosidade dos problemas do paciente em relação aos seus problemas, de tal maneira que não pode ajudá-lo.

Com frequência a enfermeira é incapaz de decidir as razões de por que não está disposta a trabalhar com um paciente em particular. Isto traz uma pergunta interessante: deve forçar-se a praticante a trabalhar com um paciente com o qual ela se sente incapaz de trabalhar? A resposta é um não inequívoco, a menos que a enfermeira se submeta à terapia voluntariamente e deseje trabalhar com o paciente guiada pela supervisora, para identificar aquilo que está bloqueando a sua capacidade para ajudá-lo. Há alguns clínicos que não estão de acordo com isso, e sustentam que as enfermeiras deveriam ser capazes de trabalhar efetivamente com todos os pacientes. Se crê que esta posição não é realista. Que tipo de relação pode desenvolver uma praticante que não pode interagir com um paciente? Que faz a interação ao paciente?

Assim como os pacientes utilizam diversas manobras para evitar a abordagem, da mesma maneira as utilizam muitas enfermeiras. Tais manobras de parte das enfermeiras incluem manter a conversação em um nível superficial para evitar as áreas problemáticas. Algumas enfermeiras, devido aos seus problemas, necessitam ser estimadas e elogiadas, e podem tratar de obter elogios e gratidão dos pacientes; geralmente não se dão conta de que atuam habitualmente desta maneira. Em tais casos, a enfermeira busca satisfazer as suas necessidades à custa das necessidades do paciente. A supervisora pode detectar usualmente esta situação e deve intervir diretamente se for necessário.

Outra manobra comum utilizada pelas enfermeiras é de terminar a interação quando o paciente começa a apresentar sinais de angústia, em lugar de ajudá-lo a identificar a sua causa. A enfermeira pode desculpar seu comportamento dizendo que não queria aumentar a angústia do paciente. Pode haver muitas razões para o término. Uma razão óbvia é a falta de conhecimento de como intervir. Outra razão, menos reconhecida, pode ser de que a enfermeira nunca tenha sido capaz de enfrentar sua angústia e, portanto, não pode ser uma verdadeira ajuda para o paciente angustiado. Quando a enfermeira se retira de uma interação em tais circunstâncias, não faz para proteger o paciente e sim para proteger a si mesma.

A enfermeira pode tratar de subornar o paciente para que a aceite, trazendo presentes. Ou ela desconhece o papel da enfermeira na RPP, ou este comportamento representa uma forma habitual que ela tenha desenvolvido para agradar aos demais e assim ganhar sua aprovação.

Outro problema que não é identificado freqüentemente pelas supervisoras e muito menos discutido, se apresenta quando a enfermeira sente uma forte atração física pelo paciente ou é estimulada sexualmente pelos comentários ou comportamento do mesmo. Algumas enfermeiras, devido aos seus próprios problemas podem esmiuçar a vida sexual do paciente e gastar uma quantidade de tempo desproporcional discutindo os problemas sexuais do paciente. Alguns doentes mentais se têm problemas sexuais, estes problemas devem ser discutidos quando o paciente expõe o problema durante as entrevistas. Os problemas sexuais dos pacientes são somente sintomas da desorganização nos outros aspectos da vida. Algumas enfermeiras discutem os problemas sexuais para experimentar prazer e não para ajudar o paciente.

As enfermeiras podem se comportar na relação enfermeiro-paciente da mesma forma como fazem socialmente com membros do sexo oposto. A enfermeira pode se insinuar inconscientemente para o paciente e não se dar conta de que seu comportamento é provocativo e sedutor. Se a supervisora suspeita que a enfermeira está se “insinuando” inconscientemente, se recomenda que observe a interação para verificar se este é o caso. As relações entre os membros do sexo oposto, podem despertar desejos sexuais de um tipo ou de outro. Isto é normal. O problema surge quando o paciente recebe uma mensagem de duplo vínculo da enfermeira, uma mensagem verbal que diz: “esta é uma relação profissional”, mas ao mesmo tempo o paciente recebe a impressão de que a enfermeira “quer ser mais que uma amiga”.

Uma enfermeira que é membro de uma comunidade religiosa e usa hábito pode encontrar problemas singulares. O paciente quer relacionar-se com a enfermeira como religiosa e como enfermeira. Não quer discutir certos problemas com a “religiosa” porque teme a censura e porque não quer escandalizá-la. A enfermeira que também é religiosa pode não ajudar na situação se mostrar-se interessada só nos costumes religiosos do paciente. Isso não quer dizer que as questões religiosas não devam ser discutidas; se podem e devem discutir, sempre quando o paciente introduz este tema na conversa. O que se

972492193

sugere é que a enfermeira que também é religiosa deve esforçar-se para ajudar o paciente para que não a perceba como uma “religiosa” estereotipada e sim como um ser humano que quer ajudá-lo e com quem pode compartilhar seus problemas, sem temor e sem culpa, censura ou ter que agüentar lições sobre comportamento adequado. Isto não quer dizer que as enfermeiras que são religiosas estão culpando ou censurando invariavelmente os pacientes. O que se quer dizer, é que os pacientes podem ter imagens estereotipadas das religiosas, que podem afetar sua capacidade de se comunicar e estabelecer uma relação. É tarefa da enfermeira ajudar o paciente a romper a imagem estereotipada e a percebê-la como um ser humano.

As enfermeiras que experimentam alguns dos problemas discutidos neste texto, podem não reconhecer sua natureza, ou podem na realidade desconhecer a existência desses problemas. A praticante pode saber que algo anda mal, e dizer, que há algo que interfere com sua capacidade para estabelecer a relação, mas geralmente, é incapaz de identificá-lo. A tarefa da supervisora e da instrutora são identificar o comportamento problema que demonstra a enfermeira, explorar com ela seus possíveis significados, e ajudá-la a revisar e – se possível - mudar seu comportamento. Se deve realçar que a praticante pode compreender um problema específico que interfere com o estabelecimento da relação, mas não pode trocar seu comportamento, porque o comportamento usualmente está motivado inconscientemente. A supervisora no entanto, ajuda a enfermeira a desenvolver a capacidade de identificar o problema e enfrentá-lo.

Estes problemas não desaparecem com a compreensão intelectual. No entanto, a relação entre a supervisora e a praticante pode ser um meio mediante o qual essa adquire a capacidade de revisar e com o tempo trocar seu comportamento, sendo possível que sem terapia ela jamais compreenda a origem de seu problema.

### ✓ Problemas com o pessoal

A enfermeira que está tratando de estabelecer uma RPP interatua com determinado paciente em um meio particular, quer dizer, a unidade de enfermagem, a clínica, ou outra instituição. Alguns dos problemas que as praticantes encontram ao trabalhar com o pessoal do lugar são o resultado direto da falta de conhecimento e compreensão de parte do pessoal em saber o papel da praticante. Isto é especialmente certo nos lugares onde estabelecer tais



relações não é a função da enfermeira que trabalha neste lugar. Se recomenda decididamente que todo o pessoal que trabalha no meio – outras enfermeiras, auxiliares ou ajudantes – seja orientado quanto ao papel e a função da enfermeira na RPP.

Alguns membros do pessoal podem interpretar mal as funções da enfermeira e crer que ela está ali para “revisar” o seu trabalho e a qualidade da atenção que se oferece. A enfermeira não pode supor que o pessoal de uma instituição compreenda a natureza da RPP, a menos que a praticante interprete e reinterprete seu papel e suas funções ali. O conhecimento do papel da enfermeira, no entanto, não é suficiente. Se recomenda à praticante que obtenha as opiniões do pessoal e que compartilhe com eles dados acerca do paciente, sempre e quando o compartilhar não viole a natureza confidencial da RPP. Se a enfermeira que está trabalhando com certo paciente não escreve observações na história do paciente, se recomenda que dê um informe ou que compartilhe dados com a enfermeira chefe da unidade acerca do progresso do mesmo. Se a enfermeira compartilhar informações acerca do paciente com membros do pessoal, se recomenda que informe isto ao paciente.

É tarefa da enfermeira estabelecer relações com os companheiros de trabalho. Se não fizer isto nem demonstrar respeito por eles como seres humanos únicos, ela pode ver-se submetida a “intentos” para reunir esforços para estabelecer uma RPP. Se suspeita sabotagem por parte do pessoal quando o paciente nunca está na unidade, quando a enfermeira chega para a entrevista. A enfermeira tem informado ao pessoal verbalmente e tem mandado uma cópia dos dias e hora de cada interação, e o paciente não está na unidade quando ela chega, esta pergunta porquê não está. O pessoal pode dizer que o paciente foi enviado a fazer uma “saída” ou que eles esqueceram que a enfermeira viria. Se tal comportamento é habitual no pessoal, a enfermeira tem um problema a solucionar. Se recomenda que examine até que ponto desenvolveu uma boa relação com o pessoal. Ela deve reparar uma relação que tem sido danosa antes de tentar pedir a cooperação do pessoal. Culpar e queixar-se dos demais não são maneiras de solucionar essas dificuldades, tampouco não é “passar por cima” do pessoal e ir queixar-se às autoridades superiores. A enfermeira deve solucionar o problema com os indivíduos envolvidos em lugar de seus superiores.

As atividades do pessoal refletem suas opiniões com respeito ao papel da praticante e invariavelmente são transmitidas a ela . Ainda que essas atitudes não se traduza em sabotagem, a praticante pode ser submetida a comentários com respeito à conveniência da relação um a um. Algumas pessoas podem não estar de acordo com a relação um a um e a consideram sem valor algum.

A enfermeira não está obrigada a mudar as crenças dos demais com respeito ao seu valor. Ela não defende a relação, e é preferível que não o faça. A melhor maneira para ajudar o pessoal a mudar as suas crenças acerca do valor da RPP é o exemplo, não a persuasão. A praticante é um modelo para os pacientes e para o pessoal. Alguns membros do pessoal podem tratar de provocar a enfermeira mediante comentários como: “você tem um trabalho fácil; só tem que cuidar de um paciente; nós temos sessenta” ou “ tudo que você teve que fazer foi falar com um só paciente”. Se recomenda que a praticante frente a tais comentários expresse que ela reconhece que o pessoal tem um trabalho difícil e que não é fácil cuidar de sessenta pacientes. De novo, ela não deve defender a RPP e nem tratar de fazer com que o pessoal compartilhe sua forma de pensar.

Todos – enfermeiras, pacientes e o pessoal – se beneficia quando desenvolve-se uma relação de trabalho colaborativa. Aliás, a enfermeira praticante deve estabelecer relações com os membros das outras disciplinas da área da saúde – assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e recreativos, etc.

### ✓ **Problemas ao trabalhar com outros membros da área da saúde**

É da responsabilidade da enfermeira entender o papel e a função dos outros trabalhadores da saúde. No entanto, não se deve supor automaticamente, que os outros trabalhadores da saúde, compreendam o papel e as funções da enfermeira, como uma função dependente e "cumpridora das ordens do médico". Porque é mais fácil observar as enfermeiras executando as ordens do médico, que ensinando aspectos da saúde, e fazendo outras atividades. Aliás, muitas enfermeiras não têm juízo a respeito das suas funções independentes na prática da enfermagem, e não demonstram seus papéis a outros trabalhadores da saúde.

Podem surgir problemas para estabelecer e manter uma relação um a um, quando as enfermeiras não interpretam claramente suas funções para os psiquiatras e outros trabalhadores da área da saúde.

Por exemplo, uma enfermeira que na tentativa de estabelecer uma relação, for interrompida duas vezes no período de uma semana pelo psiquiatra do paciente que queria falar com ele. A enfermeira não pode impedir que o psiquiatra fale com o paciente, ela discute com o psiquiatra o problema do choque de horários e que isto está gerando um conflito. O psiquiatra que conhece os horários da interação da enfermeira, aceita ver o paciente em horário diferente e pede desculpas por ter interrompido a interação. Alguns psiquiatras interrompem a entrevista porque não entendem o que a enfermeira está querendo saber. Um psiquiatra disse a uma enfermeira “acreditava que você estava apenas conversando com o paciente”.

Todavia, há alguns poucos psiquiatras que se opõem definitivamente à RPP, porque crêem que a enfermeira, está tratando de converter-se a uma espécie de “psiquiatra subalterno”. Alguns médicos acreditam que a enfermeira, deve ater-se às instruções do doutor e só fazer o que ele disser. A praticante que se encontra com um médico semelhante, trata de explicar o papel e as funções trocadas da enfermeira psiquiátrica, tratando de educar o médico sem aliená-lo. Este conselho é fácil de dar, mas difícil de aplicar nas situações reais quando a enfermeira se vê frente a frente com o psiquiatra que lhe diz bruscamente: “Isso não é enfermagem. Você está fazendo o papel do médico”. Correndo o risco de parecer condescendente, se sugere que as enfermeiras relembrem que tais pontos de vista do passado, quando o único papel que assumia a grande maioria das enfermeiras era o de ser “criada do médico”.

Alguns psiquiatras e algumas enfermeiras não têm compreendido que o papel e as funções da enfermeira tem mudado com os anos. Somente através da interpretação e reinterpretação das funções da enfermeira, e a observação direta do psiquiatra no desempenho das enfermeiras profissionais, levando a cabo suas funções independentes, podendo contribuir para mudar, gradualmente, seus ponto de vista.

Sugere-se que as enfermeiras que assistem as conferências interdisciplinares sobre o cuidado do paciente, expressem suas opiniões e façam sugestões. Com demasiada

freqüência, as enfermeiras sentam-se a escutar, enquanto os membros das outras disciplinas da saúde discutem a atenção – às vezes a atenção da enfermeira – do paciente. Tem-se advertido que nessas conferências os psiquiatras fazem o maior número de contribuições, seguidos das assistentes sociais psiquiátricas, dos psicólogos, das terapeutas educativas e ocupacionais e o pessoal da enfermagem, nessa ordem. Somente as enfermeiras podem falar pela enfermagem. Na falta de comunicação com os membros das outras disciplinas da área da saúde, com freqüência se tem interpretado, às vezes corretamente, a indicação de que as enfermeiras não sabem nada porque contribuem pouco nas conferências interdisciplinares. Como se diz, as enfermeiras necessitam compreender as funções dos demais trabalhadores da saúde. Por exemplo, muitas enfermeiras possuem idéias limitadas acerca do tipo de ajuda que a assistente social psiquiátrica pode prestar ao paciente e à enfermeira.

As assistentes sociais não são “damas generosas”, da mesma maneira que as enfermeiras não são “criadas dos médicos”. A assistente social psiquiátrica pode ser de inestimável ajuda para a enfermeira que quer desenvolver um entendimento mais profundo da família do paciente, de seu ambiente, da comunidade de onde procede e dos recursos da comunidade que ele pode utilizar quando se der alta hospitalar.

Alguns dos problemas mais comuns que as enfermeiras encontram ao estabelecer a RPP se discutiu neste texto. Mesmo que os problemas ocorram e continuem ocorrendo, não serão insuperáveis. Mediante a reunião com a supervisora ou nas sessões de reconstrução em grupo, a praticante hábil recebe ajuda para identificar obstáculos e elaborar formas de vencer dificuldades.

#### *2.1.4 Família*

Quase todos os indivíduos das sociedades conhecidas, vivem enredados numa trama de obrigações e direitos familiares, que são relações inerentes ao seu papel.

“Na infância, a pessoa torna-se conhecedora dessas relações através de um longo período da socialização, que é o processo no qual ela aprende de que modo, outros membros da sua família, esperam que ela se comporte e ela mesma passa a sentir que esse é o modo correto e desejável de se comportar”, GOODE (1964, p.45).

Através da história, o homem foi observado e viu-se que as relações de família possuem um grande significado emocional para todas as pessoas de qualquer sociedade. A família tem um significado que é encontrado enquanto a sua função de mediadora, sob o ponto de vista de uma sociedade mais ampla, pois ela deve ligar o indivíduo a uma estrutura social.

Uma sociedade não pode sobreviver, caso não sejam realizadas suas várias necessidades como a proteção das crianças, velhos, doentes e observação das leis. Ela sobreviverá somente se os indivíduos se motivarem a atender essas necessidades.

“A família é então constituída de indivíduos, mas ao mesmo tempo, é parte integrante da trama social mais ampla”, GOODE (1964, p. 46).

É apenas na família que a sociedade consegue buscar num indivíduo sua contribuição necessária. “A família só poderá continuar existindo se for mantida pela sociedade mais ampla. Se a sociedade, sendo um sistema social maior, oferece à família, que é um sistema social menor, as condições necessárias para sua existência, é preciso que estes dois tipos de sistemas estejam inter-relacionados de vários modos”, GOODE (1964,p.46).

“Desse modo a família constitui uma influência arquitetônica em desenvolvimento da personalidade do indivíduo. A unidade familiar tem a capacidade de reduzir as tensões e as angústias da vida diária entre seus diversos membros”, KOLB (1986, p.132).

Comumente ocorrem crises familiares em gestações com aparecimento de doença física ou mental grave, com o nascimento de uma criança deformada, inválida ou gravemente enferma, ou quando aparece na família uma doença terminal ou morte de um dos membros, ou quando a família sofre uma mudança de um para outro meio social.

“ A perda ou a ausência da mãe tem sido chamada de privação materna”, KOLB (1986, p.132). A privação materna causa em bebês e crianças internadas em hospitais ou outras instituições retardo do desenvolvimento pela carência do cuidado da mãe. Contudo existe variação de como a criança reage com a falta da mãe, principalmente após os quatro anos.

“Os filhos de pais psicóticos estão expostos a uma experiência inconstante, quase sempre primitiva e irracional, que contribui para sua incapacidade em desenvolver uma adequação social”, KOLB (1986, p.133).

O homem aprende seus padrões de comportamento em uma família marcada por uma cultura constituída, não sendo surpreendente seu reconhecimento como fator flutuante. Não determina apenas padrões de doença neurótica e psicótica, mas também seus sintomas e frequências que mudam em decorrência dos tempos. Geralmente aceita-se que a família está envolvida no surgimento da doença de um de seus membros. Em adolescentes com distúrbio psiquiátrico a gravidade da doença relaciona-se diretamente com o grau de disfunção familiar.

“É cada vez maior o número de provas, segundo as quais as interações familiares podem influenciar generalizadamente a doença e enfermidade”, GENE (1981, p.71). No entanto, famílias que lidam abertamente com seus sentimentos possuem um menor número na ocorrência de todas as doenças.

Ainda segundo GENE (1981, p.72), "a qualidade da vida conjugal familiar dos indivíduos portadores de vulnerabilidade comparável podem ou não sair-se relativamente bem ou apresentam sintomatologia grave".

No decorrer do tratamento a avaliação sistemática da família do paciente, irá proporcionar ao profissional dados para concluir o mesmo. Para se obter um nível terapêutico máximo, deve-se concentrar no indivíduo e na família como um todo.

De acordo com a abordagem sistêmica, as doenças mentais podem ser conseqüências de comunicações microsociais patogênicas. O “louco” é considerado menos como uma pessoa do que como um dos pontos de relação, um dos nódulos de intercâmbio de um sistema de interações, de uma rede de comunicações: a família. Seus sintomas, suas anomalias, suas “crises” são substituídos e reexaminados no sistema dinâmico das trocas familiares.

A partir do momento em que começamos a trabalhar com a assistência à família, devemos levar em conta os aspectos que são próprios dessa assistência. E que há diferença entre ter o indivíduo como cliente e ter a família, o que pode ser respaldado pela caracterização de cada um, pois a família é caracterizada por um corpo social, uma rede de relações, que possui objetivos, toma decisões enquanto grupo e tem uma estrutura de funcionamento interno constituída por posições de papéis.

A proposta de integrar o paciente e a família, após a internação no hospital psiquiátrico, fez com que saíssemos do ambiente hospitalar e chegássemos até a família do paciente, sendo isto algo inovador na prática desta assistência, que busca entender comportamento do paciente com seus familiares e as dificuldades em voltar a viver com eles. Como afirma NITSCHKE (1991, anotações de aula) “ como trabalhar com a família é entrar no seu mundo, assisti-la em seu domicílio tornou-se portanto uma consequência, não estando necessariamente interagindo com todos os membros da família em único momento, mas sem perder a família como foco principal... trabalhar com a família representa um processo de aprendizagem contínua, no qual a cada interação passamos a conhecer um novo aspecto de determinada família; e cada família, por sua vez, representa um subsídio para o trabalho com outras; não podendo esquecer que cada família é única, e que também muitas vezes, os objetivos só são alcançados a longo prazo, já que se trabalha com mudança de comportamento. Sendo assim, a persistência é fundamental”.

Quando se deseja trabalhar com a família, tem que se estar consciente de que se presta o cuidado ao mesmo tempo ao membro e a própria família, e que esta depois irá cuidar deste membro. Ao assistir a família no seu domicílio, temos que nos conscientizar de que estamos invadindo o seu espaço, o seu mundo, o que nos deixou ansiosas e relutantes por estar vivenciando uma situação inovadora, onde não fomos as donas da situação. Como afirma NITSCHKE (1991), ao trabalhar com a família no domicílio, primeiramente devemos ser aceitos pela mesma. Além disso, é necessário aprender a discutir, compartilhar e negociar com ela. É presenciando o seu ambiente de convívio que iremos compreendê-la, pois vivenciaremos a real situação e condição de vida desta família.

## **2.2 Marco referencial**

Se considerarmos o Marco referencial como suporte para a prática assistencial elaborado mensalmente, concordamos com NEVES e GONÇALVES (1984, p.213), ao mencionar o "marco como sendo a finalidade desta constituição mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação durante toda a prática assistencial. pesquisa. O marco conceitual deve representar idéias globais, crenças e valores sobre indivíduos, grupos, situações e eventos que permeiam ou deverão permeiar a prática assistencial e educacional, assim como a pesquisa, devendo oferecer um modelo

fundamental de definições, construindo a base de conceitos que se relacionam sobre a orientação de um modelo lógico".

O conceito básico fundamental para a realização desse projeto é a Relação Pessoa-Pessoa (RPP), que segundo TRAVELBEE (1979) se constitui num processo interpessoal que se ocupa de pessoas. A RPP constitui-se numa meta a ser alcançada, é o resultado final de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: *enfermeira* e *cliente*. E também uma série de experiências entre os participantes, durante os quais, ambos desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais. Para que esta RPP se efetive, faz-se necessário que o ser humano, seja considerado, um ser único e que o relacionamento com ele estabelecido, tenha um início, um meio e um fim.

### ✓ **Biografia da autora**

Joyce Travelbee, nasceu em 1926 e morreu em 1973. Ela foi uma enfermeira assistencial, educadora e escritora.

Fez seu curso de graduação em enfermagem na Escolas do Hospital de Caridade de Nova Orleans, terminando-o em 1946. Em 1956 conquistou o grau de bacharel na Universidade do Estado de Louisiana e em 1959 conquistou o grau de mestre em enfermagem na Universidade do Estado de Yale.

Travelbee começou sua carreira como enfermeira educadora em 1952, ensinando enfermagem psiquiátrica na Escola do Hospital DePaul, em Nova Orleans, enquanto realizava seus próprios estudos. Também ensinou enfermagem psiquiátrica na escola do Hospital- escola de Louisiana, na Universidade de Nova York, e na Universidade do Mississippi, em Jackson. Em 1970, foi nomeada diretora do projeto da Escola de Enfermagem no hotel Dieu, em Nova Orleans.

A autora publicou artigos em revista de enfermagem em 1963. Seu primeiro livro, Aspectos Interpessoais da Enfermagem, foi publicado em duas edições. O segundo, com o título Intervenção em Enfermagem Psiquiátrica, foi publicado em 1969.

No verão de 1973, Joyce Travelbee começou um programa de doutorado que não foi possível terminar por causa de sua morte prematura aos 47 anos de idade, após ter sido



acometida por uma breve doença. Quando faleceu, Travelbee era a diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de Louisiana. (Segundo Souza, Grüdtner e Weiss).

### *2.2.1 Relação pessoa-pessoa*

Segundo TRAVELBEE (1979), para que ocorra a RPP é necessário que cada um dos participantes interaja entre si e perceba o outro como ser único. Sendo assim, existem quatro conceitos básicos pelos quais a RPP pode ser analisada. São eles:

1 Compromisso Emocional: O compromisso é cognitivo e afetivo, onde o indivíduo é capaz de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outro indivíduo; sem que este o inabilite. O compromisso emocional a um nível maduro, ajuda ao outro ser humano, que é o paciente, a experimentar o interesse e o cuidado que lhe oferece outro ser humano: a enfermeira. O grau do compromisso emocional depende da estrutura de caráter de personalidade das pessoas que participam da relação. A relação é estabelecida pelo fato de que cada integrante compromete-se emocionalmente com o outro, sendo que esse compromisso, não pode ser bonificado, ordenado ou prescrito.

2/3 Aceitação / Atitude Não-julgadora. Aceitar o outro tal como ele é. Quando a aceitação não constitui-se de um processo automático, passa a ser uma meta a ser alcançada. A enfermeira como todo ser humano, na maioria das vezes, não é capaz de, automaticamente aceitar o comportamento do outro, apesar do conhecimento de suas causas patológicas. Quando isso ocorre, sugere-se que a enfermeira admita seus sentimentos e decida que irá respeitá-los caso não seja praticável; o importante é reconhecer o problema e buscar ajuda para resolvê-lo.

4 Objetividade na Relação Enfermeira-Paciente. Consiste na capacidade em observar o que de fato está ocorrendo, excluindo-se prejuízos derivados de sentimentos pessoais, acautelando-se para não utilizar o argumento da necessidade de ser objetiva para não comprometer-se. A enfermeira deve lembrar-se que suas expressões não verbais são essenciais para estabelecer e manter uma relação. Sendo assim, a objetividade, entendida como isolamento e frieza, constitui uma barreira para estabelecer uma relação significativa com outro ser humano.

No estabelecimento dos conceitos foram utilizadas algumas premissas básicas, das quais destacamos:

- ✦ O estabelecimento, manutenção e término da RPP, constituem atividades quando se encontram dentro do corpo da prática da enfermagem.
- ✦ Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único.
- ✦ O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a RPP, constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho em grupo.

#### Definição do Termo RPP :

A RPP constitui uma meta a ser alcançada, resultante de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: a enfermeira e o paciente. Uma das características da relação é que ambos, paciente e enfermeira, trocam e modificam seus comportamentos através do processo interativo. Caso isso não ocorra, supõe-se que a RPP, não foi estabelecida. Como resultado da relação, a pessoa enferma amplia sua capacidade para enfrentar a realidade e a sentir prazer de comunicar-se e socializar-se com seus semelhantes. A enfermeira aprende a respeitar e apreciar a singularidade do paciente individual que não acomoda-se facilmente a um diagnóstico.

A enfermeira ao estabelecer a RPP traça junto com o paciente alguns objetivos. Assim a sua meta é ajudar o paciente a:

- enfrentar-se com seus problemas presentes;
- conceitualizar seu problema, tal como ele mesmo o percebe;
- perceber sua participação na experiência, fazendo-o sentir-se ativo na vida e no fato ocorrido, aprender que o que ele pensa, sente e faz, gera uma resposta nas pessoas que o rodeiam;
- enfrentar de forma realista os problemas emergentes;
- buscar alternativas;
- ensaiar novas linhas de comportamento, com o objetivo de ajudar o paciente a adquirir confiança em si mesmo;
- comunicar-se, com consciência no que comunica;

- socializar-se, sentindo prazer e desfrutando ao interagir com os demais e prestando atenção nas necessidades dos mesmos;
- encontrar um sentido para sua enfermidade, capacitando- o a aceitá-la, servindo também de sustentáculo para sua vida em geral. A enfermeira pode não dar sentido à vida do enfermo, mas pode ajudá-lo a encontrar fundamentos para esse sentido.

### 2.2.2 Conceitos norteadores

Foram utilizados os conceitos emanados da Teoria de TRAVELBEE (1979), retirados da apostila Análise da teoria de Joyce Travelbee, e o conceito de família do Grupo de Assistência Pesquisa e Educação em saúde da Família (GAPEFAM)<sup>1</sup>. Os conceitos básicos que norteiam este trabalho são:

#### ❖ *Ser Humano*

“Ser humano é definido como um indivíduo único – irreplicável e unitemporal”.

Aceitamos que ser humano é o indivíduo único que sofre as influências do meio em que vive, agindo e reagindo mediante essas influências, modificando e sendo modificado pelas mesmas.

#### ❖ *Paciente*

“Paciente não existe, só há seres humanos que necessitam de cuidados e assistência de outros seres humanos, os quais acredita-se, serem aptos a prestar a assistência necessária”.

Definimos paciente, como qualquer indivíduo que sozinho não consegue confrontar-se com as influências do meio interno e externo, ou seja, necessitando portanto de ajuda de outro ser humano, o enfermeiro.

---

<sup>1</sup> GAPEFAM: Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em saúde da Família. Atua desde 1985 e é coordenado pela Dra. Ingrid Elsen. É composto por professores, alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem, além de enfermeiras do Hospital Universitário - UFSC.

### ❖ *Enfermeira*

“Enfermeira também é um ser humano. A enfermeira possui um corpo especializado de conhecimentos e habilidades para usar na proposta de assistir a outros seres humanos, para prevenir doenças, restaurar a saúde ou manter o mais alto grau de saúde possível e encontrar o significado da doença”.

Entendemos enfermeira como sendo um ser humano que possui capacidades técnicas e conhecimentos necessários para prestar cuidado e assistência ao indivíduo, promovendo o seu bem-estar.

### ❖ *Ambiente*

“Ambiente são as experiências de sofrimento, esperanças de dor e doenças que todo ser humano vive”.

Acreditamos que ambiente é o espaço interno e externo no qual ocorrem as mudanças de estado, havendo troca constante de influências e modificações entre ele e o indivíduo.

### ❖ *Enfermagem Psiquiátrica*

“A enfermagem psiquiátrica se define como um processo interpessoal mediante o qual a enfermeira profissional ajuda uma pessoa, uma família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento mental e , se necessário, contribuir para descobrir um sentido a essas experiências”.

Entendemos que enfermagem psiquiátrica é um ramo da enfermagem em que um ser humano, que possui capacidades técnicas e conhecimentos necessários, através da RPP presta cuidado e assistência a outro ser humano, que não consegue lidar com as influências internas e externas do meio no qual está inserido.

### ❖ *Família*

“Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família

estão unidos por laços consangüíneos de interesse e/ou afetividade. Reafirma a sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo do seu processo de viver”.

Acreditamos que a família é o fator determinante da saúde mental do indivíduo. Ela é que pode promover e propiciar condições de adaptação ao ser humano ajudando-o a lidar com as influências do meio interno e externo.

### ❖ *Saúde/Doença Mental*

“Saúde mental é um juízo de valor, mais capaz de uma análise psicológica do que para uma rígida definição científica. Fundamentalmente independe do conceito que se tenha na natureza do homem. Os juízos de valor referentes a saúde mental, estão determinados amiúde por normas culturais, regras ou conceitos de comportamento “apropriados” inseridos em uma determinada sociedade”.

Concordamos com Travelbee quando diz que o ser humano é julgado quanto a sua saúde mental, conforme o ambiente em que está inserido.

### 2.2.3 *Processo de Enfermagem*

Como forma de sistematizar a assistência de enfermagem, utilizamos as etapas do Processo de Enfermagem de Travelbee, que neste primeiro momento está sendo utilizado de forma sintética e norteadora na assistência de enfermagem a ser prestada aos clientes selecionados.

Para TRAVELBEE (1979), faz-se necessário que o indivíduo possua atitude ou destreza para tanto, isto é: que o indivíduo tenha conhecimento que serve de base para as atitudes; desempenhe sua tarefa com eficácia, segurança e com sentido de oportunidade e avalie o trabalho realizado. Com o conhecimento, o indivíduo é capaz de identificar e comunicar conceitos a outros, entender as razões e natureza do trabalho que realiza, atribuindo o conhecimento a uma base teórica. Conhece os meios e métodos para alcançar

as mesmas metas, visto que não existe uma única maneira para interpretar as observações e sim vários métodos. Para a realização de um trabalho eficaz, a enfermeira necessita de um certo grau de perícia que a capacite a exercer ações com fim e sentido determinados. Pode-se dizer então que ela possui a capacidade de saber o quê e como fazer, com segurança. Além disso, a enfermeira deve possuir um sentido de oportunidade; em situações interpessoais, ela compreende e antecipa as necessidades do paciente, atua no ritmo do paciente e reconhece quando deve agir ou não, falar e calar. Em última estância, para avaliar seu desempenho, a enfermeira deve observar se sua atividade foi útil para o paciente e se os objetivos foram cumpridos.

Para desempenhar suas funções, a enfermeira participa de um processo interpessoal que evolui por etapas superpostas: observação, interpretação, tomada de decisão, ação (intervenção de enfermagem) e apreciação (avaliação) de suas ações.

### ✓ **Observação**

Observação é o método ativo, dotado de um sentido e um propósito determinados. O propósito específico consiste em recolher a informação para interpretar e avaliar seu significado e logo traçar uma linha de ação.

A enfermeira pode ter objetivos provisórios baseados no conhecimento do cliente e de suas necessidades. É provável que seja necessário modificar ou substituir os objetivos durante a interação. A informação que a enfermeira recolhe, consiste no que vê, ouve, olha, toca, ou seja, em tudo que se percebe através dos órgãos dos sentidos.

### ✓ **Interpretação**

Interpretação é a etapa do processo interpessoal, onde é necessário que a enfermeira tenha conhecimento e compreensão da informação percebida. Consiste na explicação da informação empírica, tentando situar o que foi observado dentro de um conjunto significativo. É possível tirar várias conclusões sobre o significado das informações, sendo que as interpretações podem classificar-se desde uma opinião sem fundamento a uma hipótese provisória de trabalho, relacionada com um corpo técnico. É fácil interpretar objetos e coisas com aparências externas visíveis. Porém não se pode ver a angústia, como por exemplo, um objeto.

### ✓ **Tomada de Decisão/ Ação**

Uma decisão sobre como resolver um problema ou comprovar uma hipótese, depende do conhecimento pessoal e da compreensão das possíveis alternativas disponíveis em uma dada situação. Isso requer não só uma bagagem teórica, mas também imaginação, criatividade e uma capacidade de compreensão flexível. Ao tomar decisões, a enfermeira observa, desenvolve interpretações acerca do significado da informação, trata de comprovar as conclusões e logo decide que linha de ação seguir, como dedução de suas análises críticas. As conclusões e interpretações, requerem um maior discernimento; já as decisões se adotam aplicando corretamente as análises críticas encontradas em qualquer decisão.

### ✓ **Evolução das Ações de Enfermagem**

O processo de julgar, apreciar e estimar ou valorizar a qualidade e eficácia da intervenção é chamado de evolução das ações de enfermagem.

Tanto a enfermeira quanto o cliente no desenvolvimento de um processo passam por todas as etapas; a diferença básica é que a enfermeira tem um propósito determinado, assim como na teoria, o conjunto serve para entender, planejar e avaliar os resultados obtidos no processo interpessoal.

### ✓ **Instrumento do Processo**

Este instrumento nos permitirá obter informações necessárias do cliente, nos guiando na construção da RPP.

**1- Dados de identificação.**

Nome :

Idade :

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Procedência:

Ocupação:

Membros da família:

Outras interações:

**2- Observação.**

Comunicação verbal e não verbal;

Aceitação;

Atitude não julgadora;

Descrever de forma objetiva os fatos observados, listando os problemas encontrados.

**3- Interpretação.**

Capacidade para explicar o que não está explícito;

Pressupõe conhecimento dos conceitos e princípios da prática da enfermagem;

Entender o motivo dos comportamentos (problemas) apresentados.

**4- Tomada de decisão.**

Traçar o plano de ação através de: comprovar, orientar, auxiliar, desenvolver, analisar, acompanhar, observar.

**5- Evolução/ avaliação.**

Registrar as mudanças ocorridas com o cliente em cada encontro realizado, fazendo uma avaliação descritiva de sua ocorrência.



## **2 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral**

Prestar assistência de enfermagem aos clientes usuários da 1ª enfermaria masculina (1ªUIM) do Instituto de Psiquiatria (IPQ), buscando estabelecer uma ponte entre a instituição, a família e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

### **3.2 Objetivos específicos**

- 1º ) Conhecer o funcionamento da unidade.
  - 2º ) Aprofundar referências bibliográficas acerca das temáticas básicas: principais transtornos, principais problemas das áreas críticas de Travelbee e artigos relacionados a área da saúde mental.
  - 3º ) Aplicar o processo de enfermagem, segundo Travelbee, envolvendo no mínimo seis pacientes que residam na região da Grande Florianópolis, que se encontrem na 1ª UIM e que estejam preferencialmente cadastrados no CAPS.
- 3.1) Estabelecer a RPP com os clientes da 1ª UIM, sendo que cada acadêmica atenderá no mínimo dois pacientes.
  - 3.2) Manter a RPP.

- 3.3) Acompanhar o paciente/ família desde o contrato até o término da RPP, orientando-os através da assistência domiciliar.
- 3.4) Buscar a continuidade do atendimento ao usuário do IPQ junto ao serviço prestado pelo CAPS.
- 4º) Estimular os funcionários do turno de estágio na criação de um momento de bem-estar da equipe.
- 5º) Realizar visita a outras Instituições Psiquiátricas com o objetivo de conhecer diferentes realidades.

## **4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

Para cumprirmos nossos objetivos e dar início às nossas atividades, sentimos a necessidade de primeiramente conhecer o hospital na sua integralidade.

### **4.1 Descrição do local de estágio**

Realizamos o nosso estágio em cumprimento à disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, no Instituto de Psiquiatria (IPQ), no período de 26 de março à 03 de junho de 2001.

O IPQ está situado na Rua Engilberto Koerich s/ nº, bairro Santana, município de São José. É uma instituição pública do estado, que atende não só a Grande Florianópolis, como também a todo o Estado de Santa Catarina. Sua estrutura física é composta de 14 enfermarias assim denominadas: 1ª, 2ª, 3ª Feminina de Pacientes Crônicos, 5ª Feminina de Agudos, Pensão Protegida Masculina e Feminina, e Unidade de Gestão Participativa (UGP), 3ª, 7ª, 8ª Masculina de Crônicos, 1ª e 2ª Masculina de Agudos, Unidade de Idosos (UI) Masculina e Unidade de Dependentes Químicos (UDQ). Possui 610 leitos, sendo 410 leitos destinados ao Centro de Convivência e 200 leitos às Unidades de Internação.

O pátio externo do IPQ, apresenta-se arborizado, com um jardim central, formado por bromélias, cedros, um chafariz e banquinhos brancos, para a recepção dos familiares durante a visita. No hall de entrada encontramos a recepção. À sua direita, localizam-se a gerência de enfermagem, o posto do BESC e bem ao final do corredor o museu do hospital. À sua esquerda está situada a sala do Serviço Social, da Psicologia e ao final do corredor a sala de radiologia. Passando o hall de entrada encontramos um corredor central no qual

encontra-se a sala da direção e um corredor secundário em forma de rampa que permite chegar-se ao segundo piso (onde estão a sala de reuniões e o centro de estudos, a tesouraria, a farmácia, o transporte, o xerox, os banheiros e a sala da telefonista), a sala da educação física e a sala de exposição. No lado esquerdo do corredor central ficam situados a sala da Terapia Ocupacional e a sala do cartão ponto. Ao seu final tem-se o acesso às unidades de internação, ao serviço de fisioterapia, à lavanderia, ao centro de convivência, ao refeitório dos funcionários e dos pacientes, ao pátio interno, horta e à capela do hospital.

Além dos portões do hospital, situado à sua direita encontramos a casa de pensão protegida, a panificação, o serviço de manutenção, a cozinha terapêutica provisória e o acesso ao campo de futebol.

Dirigindo-se à esquerda do hospital chegamos ao setor de triagem onde está o SAME, que arquiva os prontuários; 4 consultórios médicos; 1 odontológico; serviço de esterilização; clínica médica; centro cirúrgico; e a Unidade de Dependência Química (UDQ), localizada no segundo andar. Passando pela frente da triagem, a esquerda, está situada a 5ª Enfermaria Feminina e a sua frente o almoxarifado.

## **4.2 População alvo**

O IPQ atende pacientes com transtornos mentais, oriundos de todas as regiões do estado de Santa Catarina. Sua demanda na região da Grande Florianópolis é atenuada pelo fato de que o município de São José possui outro instituto psiquiátrico, que apesar de ser uma instituição privada, oferece um número de leitos conveniados pelo SUS.

Foram selecionados 6 pacientes, sendo que destes apenas 3 constituíram nosso estudo de caso, de acordo com os objetivos propostos. A seleção foi feita de acordo com os seguintes requisitos:

- ❖ Residir na região da Grande Florianópolis;
- ❖ Ser cadastrado preferencialmente no CAPS;
- ❖ Estar na Iª UIM.

## **5 METODOLOGIA**

### **Objetivo 1**

- *Conhecer o funcionamento da unidade.*

A equipe da IUIM conta com dezessete funcionários de enfermagem, sendo uma enfermeira, três técnicos, doze auxiliares, dois atendentes e um funcionário encarregado pelo serviço geral.

Durante os períodos matutinos e vespertinos, a escala é coberta com quatro funcionários, sendo que três funcionários cumprem seis horas diárias, e um funcionário doze horas. No turno da noite, trabalham dois funcionários, um representante do sexo masculino e outro do feminino. Os plantões de finais de semana têm a cobertura de três funcionários. Cabe ainda ressaltar que em cada mês há um funcionário de férias e /ou licença prêmio.

A escala de serviço é realizada conforme necessidade da enfermagem, pela supervisora, que procura, na medida do possível, atender a combinação prévia de folga dos funcionários, respeitando a escala de trabalho daqueles que têm outro vínculo empregatício.

A alteração da escala é de responsabilidade da enfermeira. As trocas de plantão, atrasos e saídas antecipadas podem ser combinadas previamente com a enfermeira supervisora ou de plantão. Não são autorizadas folgas em plantão, ou seja, finais de semana, feriados e noturnos, somente trocas.

É de responsabilidade do funcionário avisar, com antecedência, seu não comparecimento ao serviço, a fim de que seja providenciado cobertura em tempo hábil.

Das atividades básicas executadas pelo corpo de enfermagem,

**Cabe ao auxiliar:** supervisionar e ajudar no banho dos pacientes; realizar o grupo de higiene, observando a presença de escaras, lesões, verificar a pediculose (no momento da internação e uma vez por semana) e escabiose; corte e limpeza de unhas; verificar os sinais vitais; ressaltar a importância do banho, da escovação dos dentes, da participação nas atividades da enfermaria e a necessidade de tomar a medicação; realizar o grupo diário, situando o paciente no dia, mês, ano, e nas atividades básicas da enfermaria (grupo diário, café da manhã, medicação, arrumação da enfermaria, grupos da T. O., atendimento médico, atendimento de psicologia, almoço, café da tarde e jantar); realizar curativos; acompanhar os pacientes no almoço observando anormalidades do tipo: não aceitação da dieta, dificuldade na mastigação e deglutição, condições de higiene antes, durante e após as refeições, tomando as providências cabíveis; acompanhar os pacientes nas atividades grupais e individuais e observar a saída e chegada dos pacientes para as atividades, comunicando qualquer ocorrência ou situação inadequada. O auxiliar responsável pelo controle da medicação ou o plantão do dia, deverá repor diariamente a medicação e o material utilizado. Deve o auxiliar fazer a apresentação dos demais membros da equipe ao paciente que chega na unidade. Participar ativamente, opinando nos assuntos discutidos e fornecer informações importantes na evolução favorável dos tratamentos propostos, bem como, relatar ocorrências do interesse terapêutico e da enfermaria, em geral. Registrar no livro de ocorrências qualquer intercorrência ocorrida no plantão.

**Cabe ao técnico:** administrar a medicação injetável e oral, obedecendo as cinco certezas, realizar curativos e a desenvolver todas as atividades descritas ao auxiliar de enfermagem.

**Cabe à enfermeira:** fazer a entrevista de admissão do paciente, preferencialmente no primeiro dia de internação, orientando o mesmo sobre as rotinas da enfermaria; realizar todas as atividades administrativas; supervisionar as atividades assistenciais da unidade; prestar atendimento e evoluir semanalmente no prontuário do paciente; informar o médico de plantão sobre qualquer intercorrência; avaliar o paciente quando o mesmo apresentar

algum problema; realizar grupo para a escolha das atividades semanais (limpeza da enfermaria, arrumação de camas, banheiro, porteiro, zelador de pátio, escovação dos dentes, grupo de cartas, bingo, horta, missa, educação física, barba e calendário) e assembléia para discussão de assuntos gerais; comunicar-se com os demais profissionais (terapeuta ocupacional, assistente social, médico e psicólogo) e demais setores do hospital; inteirar-se das prescrições médicas e das anotações do serviço social e realizar reuniões mensais com a equipe de enfermagem, tendo por objetivo revisar o trabalho realizado pela equipe em questão, discutindo as falhas ocorridas. A duração da reunião dependerá da decisão da equipe e funciona em sistema de agenda: cada um que possui assunto a tratar, coloca na agenda e o tempo é distribuído pelo número total de assuntos relacionados. A coordenação fica a cargo da enfermeira.

**Cabe ao atendente:** a função de atendente está extinta, sendo que os funcionários desta categoria devem atualizar seus conhecimentos. Os funcionários que permanecem com a função de atendente, realizam as rotinas básicas (preparar leitos, arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente de trabalho, receber, conferir e guardar a roupa vinda da lavanderia), colaborar com a equipe de enfermagem na limpeza e ordem da enfermaria.

A Iª UIM mantém contato com os demais setores do hospital da seguinte maneira:

- ❖ **Lavanderia:** as roupas sujas são recolhidas diariamente às 10:00 horas e encaminhadas para a lavanderia, onde os funcionários as separam por peças. As roupas são lavadas à temperatura de 80°C, centrifugadas e já saem secas das máquinas. Roupas contaminadas são identificadas pelas enfermarias e lavadas separadamente. Caso as roupas estejam contaminadas por fezes, são lavadas por último, sendo que primeiro estas são lavadas na água fria para a retirada das fezes e depois a 80°C. As roupas limpas são guardadas em prateleiras identificadas de acordo com a enfermaria. Caso a enfermaria não esteja com as roupas sujas prontas às 10:00 horas, devidamente embaladas, a mesma permanece acumulada até o dia seguinte. As roupas limpas são levadas para a enfermaria no final da tarde, caso a unidade necessite de roupas extras durante o dia deve ligar para a lavanderia e solicitar.

- ❖ **Nutrição:** a enfermaria, deverá fornecer a relação das dietas dos pacientes, ou comunicar por telefone ao setor de nutrição e dietética, checando-a diariamente e reformulando sempre que necessário se houver alterações.
- ❖ **Triagem:** o paciente é atendido na triagem pelo médico de plantão e, em caso de internação, o mesmo é encaminhado para a unidade. Dependendo do comportamento do paciente, a triagem solicita ao funcionário da unidade para que vá buscá-lo, ou então o próprio funcionário da triagem encaminha e acompanha o paciente para a enfermaria. Conforme necessidade o paciente é medicado na triagem. Sendo internado o paciente que põe em risco a sua vida ou a vida de outras pessoas, ou quando os sintomas de sua doença estão muito acentuados. Os pertences pessoais do paciente como jóias e documentos são em primeiro lugar entregues para familiares. Caso o paciente chegue na enfermaria com seus pertences estes são encaminhados para o Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME), e as roupas do mesmo são encaminhadas para a enfermaria, para que sejam identificadas e guardadas até sua alta.
- ❖ **SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico):** setor responsável pelo arquivamento de prontuários e internação. Sempre que a unidade precisa de alguma informação sobre o paciente que recebeu alta hospitalar, ou continua internado, mantém contato com este setor. Quando ocorre a internação do paciente fora do horário comercial, a família, caso queira deixar uma quantia em dinheiro para o paciente, é orientada para fazê-lo no SAME sendo posteriormente transferido para a tesouraria.
- ❖ **Serviço social:** a unidade conta com uma assistente social que realiza atendimento individual e grupal ao paciente, entra em contato com seus familiares para comunicar sobre a realização da reunião de família, bem como para obter informações sobre a situação sócio familiar. Em caso de alta, a assistente social fica responsável em avisar a família e em providenciar o transporte para levá-lo à sua residência, tanto da Grande Florianópolis como de outras cidades. Cabe à assistente social fornecer as orientações para o paciente sobre a alta hospitalar, continuidade do tratamento e importância da medicação. Em caso de alta a pedido, esta deve ser processada pelo serviço social.



- ❖ **Psicologia:** a unidade conta com uma estagiária de psicologia, devidamente supervisionada, que realiza atendimento grupal e individual, duas vezes por semana.
- ❖ **Clínica médica:** quando o paciente apresenta algum problema clínico, o mesmo deve ser encaminhado para a clínica com agendamento prévio de uma consulta, onde será avaliado pelo clínico, o qual realizará os devidos encaminhamentos (exames, transferências, consultas externas) e prescrição.
- ❖ **Odontologia:** através de agendamento prévio o paciente é encaminhado ao serviço, quando referir dor de dente, ou apresentar edema facial de origem dentária, através da solicitação do enfermeiro ou médico assistente. Caso o atendimento não seja possível, é solicitada ao plantonista medicação de alívio dos sintomas, até ser efetuada a consulta odontológica necessária. O dentista atende três vezes por semana (2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>).
- ❖ **Manutenção:** caso haja a necessidade de conserto ou reparo na unidade, faz-se um contato com a manutenção, para que os providencie .
- ❖ **Farmácia:** após levantamento diário realizado pelo funcionário responsável, é preenchido a folha de pedido, que é encaminhada à farmácia para, posteriormente, ser disponibilizada a medicação.
- ❖ **Igreja:** tem-se a realização de uma missa nas Quartas-feiras à tarde com agendamento dos pacientes durante a reunião do grupo de atividades, e nos Domingos, aberto a todos.
- ❖ **Almoxarifado:** é feito um levantamento duas vezes na semana do material que a unidade necessita (segunda-feira material burocrático e Quinta-feira material de assistência), confeccionado o pedido e entregue ao funcionário do almoxarifado que percorre as unidades. A entrega do material é efetuada na mesma data do pedido. Caso haja necessidade de material extra, o mesmo pode ser solicitado e o pedido de material encaminhado para o almoxarifado, conforme urgência.
- ❖ **Transporte:** a unidade conta com um serviço de transporte para fazer toda e qualquer transferência de pacientes que necessitam de atendimento em outra instituição, bem como, a realização de exames e consultas não existentes no

hospital. É de responsabilidade do setor de transporte comunicar para a enfermaria: paciente, data e horário da consulta e acompanhante para o paciente. Após a saída com o mesmo a outras clínicas e ou hospitais, o setor de transporte fica responsável em devolver os prontuários e exames para a enfermaria. O hospital dispõe de uma ambulância, que todas as Sextas-feiras realiza o transporte dos pacientes de alta que residam na Grande Florianópolis, cujos familiares não apresentem condições para buscá-los.

- ❖ Terapia ocupacional (T.O): a unidade conta com uma terapeuta ocupacional que realiza juntamente com a enfermeira, o grupo para a escolha das atividades diárias e assembléia para a discussão de assuntos relacionados com a enfermaria. A T.O atende a grupos de pacientes, indicados pelos médicos; realiza atividades como o grupo de cartas; grupo para realização de cartazes individuais e pinturas (os quais são expostos na unidade) e grupo de horta e cerâmica.
- ❖ Tesouraria: setor que fica responsável pelos valores monetários do paciente, para que fique disponível, de modo que o mesmo possa comprar lanche. A família orienta a quantia que o mesmo pode retirar. O funcionário faz o levantamento, através de uma ficha padrão do hospital, com o nome do paciente e sua assinatura com o valor que o paciente deseja retirar, comunicando a tesouraria que disponibiliza o dinheiro, três vezes por semana. Nos finais de semana ou feriados, o dinheiro fica temporariamente no setor de enfermagem.
- ❖ Setor pessoal: se encarrega de registrar situações que dizem respeito aos funcionários do hospital como: folgas, cartão ponto, férias, licença prêmio, controle das horas de trabalho dos funcionários. Qualquer tipo de alteração na escala é de responsabilidade do enfermeiro da unidade, que deve encaminhar ao setor, que a registrará.
- ❖ Educação Física: um estagiário de educação física é o responsável pelas atividades físicas desenvolvidas com os pacientes, três vezes por semana.

No decorrer do estágio, fizemos o levantamento dos principais transtornos mentais encontrados na IªUIM, em três momentos distintos (início, meio e fim do estágio). O resultado encontrado é apontado conforme quadro abaixo:

<b><i>Transtornos</i></b>	<b><i>Março</i></b>	<b><i>Abril</i></b>	<b><i>Maio</i></b>
<b><i>Esquizofrenia</i></b>	<b><i>21</i></b>	<b><i>18</i></b>	<b><i>15</i></b>
<b><i>Transtorno mental decorrente do uso de várias drogas</i></b>	<b><i>05</i></b>	<b><i>06</i></b>	<b><i>03</i></b>
<b><i>Transtorno de comportamento e de personalidade</i></b>	<b><i>01</i></b>	<b><i>02</i></b>	<b><i>01</i></b>
<b><i>Transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos</i></b>	<b><i>03</i></b>		<b><i>02</i></b>
<b><i>Transtorno mental e de comportamento por uso de álcool</i></b>	<b><i>03</i></b>	<b><i>02</i></b>	<b><i>01</i></b>
<b><i>Psicose esquizofrênica não especificada</i></b>	<b><i>04</i></b>	<b><i>04</i></b>	<b><i>01</i></b>
<b><i>Transtorno afetivo não especificado</i></b>	<b><i>01</i></b>	<b><i>01</i></b>	
<b><i>Transtorno mental decorrente de lesão e disfunção cerebral e lesão não especificada</i></b>	<b><i>01</i></b>		
<b><i>Psicose não orgânica não especificada</i></b>		<b><i>05</i></b>	<b><i>08</i></b>
<b><i>Esquizofrenia paranóide</i></b>		<b><i>03</i></b>	<b><i>02</i></b>
<b><i>Esquizofrenia residual</i></b>		<b><i>01</i></b>	<b><i>01</i></b>
<b><i>Doença de Huntington</i></b>	<b><i>01</i></b>	<b><i>01</i></b>	
<b><i>Esquizofrenia não especificada</i></b>		<b><i>02</i></b>	
<b><i>Transtorno esquizo-afetivo</i></b>		<b><i>01</i></b>	
<b><i>Sintomas psicóticos produtivos</i></b>		<b><i>01</i></b>	
<b><i>Transtorno delirante induzido</i></b>		<b><i>01</i></b>	
<b><i>TOTAL</i></b>	<b><i>40</i></b>	<b><i>48</i></b>	<b><i>34</i></b>

Constatamos que, apesar de ser de difícil diagnóstico, a esquizofrenia é o transtorno mental mais comum entre os problemas psiquiátricos na IªUIM, sendo responsável pela maioria das internações.

No transcorrer do estágio, participamos das consultas de enfermagem, reuniões de equipe de enfermagem, técnica (médico, enfermeiro, funcionários, assistente social, terapeuta ocupacional, professora de educação física e estagiários), e de família.

Acompanhamos a enfermeira nas consultas com os pacientes, para avaliar o seu estado de saúde, sua evolução diante do tratamento e sua crítica em relação a doença. O atendimento é individual, onde o paciente responde aos questionamentos feitos pela enfermeira à respeito de sua internação. Após o relato do paciente e observação de seu comportamento, é feito o registro da evolução no seu prontuário.

As reuniões de equipe técnica acontecem semanalmente com horário especificado, onde os participantes agendam o assunto para depois discorrer sobre o mesmo. Nessas reuniões são discutidas situações de pacientes e suas famílias, medicações, reformas no hospital, informações sobre pacientes novos, intercorrências na unidade, convocação para seminários e palestras. Todos os assuntos discutidos na reunião são registrados em ata.

Já a reunião de equipe de enfermagem ocorre mensalmente, sendo a enfermeira responsável pelo seu agendamento na tentativa de abranger todos os funcionários da unidade, podendo participar estagiários que exerçam atividades com pacientes nela internados. Os assuntos são agendados para posterior discussão, onde os funcionários relatam seus problemas e dificuldades do dia a dia, e a enfermeira ressalta as rotinas da unidade e os cuidados com certos procedimentos que se apresentam falhos. Nesta reunião a enfermeira procura propiciar um momento de confraternização com os funcionários através de um lanche compartilhado por todos.

Tivemos a oportunidade de participar de três reuniões de equipe de enfermagem. Na primeira, apresentamos o projeto e a finalidade do estágio. Na segunda utilizamos um espaço para discutir com os integrantes da equipe algumas informações sobre esquizofrenia, por se tratar de um dos principais transtornos atendidos na unidade. Na terceira e última reunião, na tentativa de ressaltar um dos nossos objetivos na unidade, realizamos uma oficina sobre RPP. Todos participaram ativamente, relatando experiências e questionando nossa percepção, quanto à existência, ou não, da RPP na relação estabelecida por ele com os pacientes.

Como rotina do hospital, todas as Quartas-feiras pela manhã é realizada a reunião de família, sendo que esta é coordenada pela assistente social, psicólogo e enfermeiros das unidades de internação dos agudos. São convidados a participar os familiares dos pacientes que se encontram internados, na tentativa de lhes explicar as rotinas e andamento do hospital, como as consultas médicas, odontológicas, serviço de psicologia, atividades e rotinas da unidade, atendimento do serviço social, dias de visitas, encaminhamentos para exames, tempo de permanência, importância da medicação pós alta, telefonemas, da possibilidade de deixar dinheiro e alimentos para os paciente. Participamos de três reuniões, duas coordenadas pela enfermeira da unidade (I<sup>ª</sup>UIM) e uma sob a nossa responsabilidade de coordenação.

Nas reuniões de família, juntamente com a enfermeira da unidade, orientávamos os familiares em relação as normas e rotinas da enfermaria, quanto: explicar as enfermarias; atendimento psiquiátrico; atendimento clínico; atendimento odontológico; atendimento do neurologista; exames especializados; banho; refeição; cigarro; lanche; pediculose; telefone; barba; roupa particular; material de higiene; horários de visitas; encaminhamento para alta; uso da medicação; continuidade do tratamento e tratamento ambulatorial pós alta.

Na tentativa de uma integração com os pacientes e funcionários, participamos ativamente das atividades realizadas pelos mesmos, como: verificação de sinais vitais, contenção de pacientes, administração de medicação, encaminhamentos para o banho, escovação de dentes, barba, atividades da enfermaria e terapia ocupacional. À medida em que adquirimos segurança e nos sentimos integradas com pacientes e funcionários, partimos para a etapa seguinte, ou seja, o fechamento do contrato com o paciente para o estabelecimento da RPP e assim a realização da assistência familiar.

## **Objetivo 2**

• *Aprofundar referências bibliográficas acerca das temáticas básicas: principais transtornos, principais problemas das áreas críticas de Travelbee e artigos relacionados à área da saúde mental.*

No decorrer do estágio procuramos aprofundar nossos conhecimentos a respeito das temáticas que nortearam nosso trabalho, tais como: teoria de Travelbee, principais transtornos mentais encontrados na primeira unidade, desinstitucionalização, família e medicação.

Para atingir este objetivo fizemos várias consultas à internet sobre os principais transtornos, à biblioteca da Universidade Federal, leitura de folders sobre medicação, participação em eventos técnicos científicos, reuniões de equipe e conversas informais com a enfermeira.

Como resultado da pesquisa realizada elaboramos uma apostila que poderá servir de base para consultas de alunos e/ou profissionais interessados no assunto.

No desenvolver das nossas atividades na unidade, nos reuníamos semanalmente com a enfermeira e após a realização da consulta de enfermagem, discutíamos sobre:

- ♦ a causa da internação dos pacientes;
- ♦ seu estado comportamental;
- ♦ evolução do paciente diante do tratamento;
- ♦ sintomas mais exacerbados;
- ♦ interesse da família sobre a situação do mesmo e da possibilidade ou não da realização da visita domiciliar;
- ♦ visitas realizadas;
- ♦ problemas encontrados ao se trabalhar com a equipe;
- ♦ problemas da equipe;
- ♦ maneiras de abordagem a pacientes em surto.

Estes encontros nos auxiliaram na seleção, conhecimento e interação com os pacientes para o estudo de caso e realização da assistência.

Durante as reuniões de equipe, nos interávamos, da forma como o processo de desinstitucionalização vem promovendo mudanças na área de psiquiatria, discutíamos

sobre a situação dos pacientes novos, a introdução dos novos medicamentos (atípicos), dos seus custos e benefícios para os pacientes, e a possibilidade de se receitar medicação injetável para os pacientes de alta hospitalar, devido ao elevado número de recidivas e recusa à medicação.

Participamos de três eventos técnicos-científicos: um simpósio sobre "Transtorno de Ansiedade", na Universidade Estadual de Criciúma em Criciúma; "Saúde Mental em Santa Catarina: Na Mão ou Contra Mão da Reforma Psiquiátrica Brasileira", na Assembléia Legislativa em Florianópolis e "Saúde Mental em Santa Catarina - Perspectiva Atual e Futura", no auditório do IPESC em Florianópolis, que podem ser assim sintetizadas.

✓ *"Saúde Mental em Santa Catarina - Perspectiva atual e futura"*

No dia 05/04/01, estivemos presentes no seminário que tratou de assuntos como a desinstitucionalização e as políticas de saúde mental, sendo a abertura realizada pelo diretor do IPQ, doutor Marcos Zaleski. Representantes do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) de Florianópolis e CAPS de Itajaí, fizeram um relato sobre o seu funcionamento e atendimento.

O relato do representante do CAPS de Florianópolis, apontou ser este o primeiro centro a ser formado em SC, como resultado da reforma psiquiátrica de 1980 e devido a necessidade de um novo modelo de assistência. Sua clientela é composta por pacientes psicóticos, ansiosos e dependentes químicos.

O objetivo geral do serviço é: desospitalização para diminuir frequência e dias de internação; ressocialização familiar e da sociedade como um todo e oferecer oportunidade de tratamento ambulatorial, através de encaminhamentos, tendo limitações.

O CAPS de Florianópolis apresenta como premissa o trabalho em equipe, tendo como prioridade o atendimento grupal.

Seu atendimento ocorre da seguinte forma: o paciente é encaminhado através da triagem (cujo atendimento semanal se dá de forma grupal ou individual, com a participação da família ficando a cargo de profissionais de área diferente, psicologia e serviço social).

Englobam neste tratamento, o grupo aberto (que pode acontecer de segunda à sexta- feira, sem dia fixo), acompanhado por dois profissionais da área, onde se tentam resolver problemas do cotidiano e a oficina terapêutica, que busca a ressocialização do paciente através de oficinas que estimulem suas aptidões pessoais. Durante o tratamento, se necessário, o paciente é levado ao acompanhamento psiquiátrico. A maioria dos pacientes que procura o serviço são adolescentes do sexo masculino devido ao uso de substâncias psicoativas associadas, sendo que 60 % à 70% são trabalhados em grupo, 30% juntamente com a família e 10% individualmente.

Quando o serviço estava com seu quadro de funcionários completo e funcionando normalmente, a triagem acontecia todos os dias, sendo que a consulta poderia ser realizada por qualquer membro da equipe técnica e buscava motivar e aproximar a família do tratamento. Após a triagem os pacientes são encaminhados para o atendimento em grupos. O grupo inicial (GI) oferece suporte clínico, abstinência, uso e abuso, reconhecimento familiar; o Grupo de tratamento (GT) ajuda nas situações de risco, queda de resistência, o plano futuro; o Centro de Tratamento Contínuo (CTC) que atua nas substâncias psicoativas e neurolépticos, delírios, transtornos de percepção e abuso de drogas e o de adequação a medicação.

O CAPS de Itajaí foi inaugurado em junho de 2000, devido ao déficit de assistência à nível ambulatorial nesta área. Tem por objetivo conhecer a história dos clientes em busca de suas habilidades cognitivas, através do trabalho terapêutico interdisciplinar e em grupo. Constituem sua clientela crianças e adolescentes. Hoje conta com um número total de 108 pacientes, sendo 92% meninos de 9 à 19 anos. Muitas destas crianças são encaminhadas pelas escolas e através da Vara da Infância e da Juventude; 24% pela secretaria da Criança e do Adolescente e 57% da procura é espontânea. O motivo da procura, geralmente é devido ao uso de drogas (maconha, cocaína, crack , álcool e cigarro), sendo que todos são filhos de traficantes e presidiários. Por este motivo não ocorre a reintegração das crianças na escola. O serviço de pedagogia é responsável pela realização de oficinas e há pouco tempo vem desenvolvendo um grupo de teatro, dança e música.



O NAPS de Florianópolis teve início em 1996, localizado-se em um Centro de Saúde, hoje se localiza no bairro Agrônômica. É um serviço de referência para a Secretaria Municipal de Saúde, tendo como compromisso o esvaziamento do manicômio. Possui três eixos de ação: ampliação dos serviços ambulatoriais; atuação política e jurídica e reinserção social (a cultura é quem diz o tipo de distúrbio neuroquímico). Realiza atendimento infantil, adolescente e adulto, sendo que os usuários já possuem uma associação. A partir da triagem se define o tipo de acompanhamento que pode ser dado através da visita domiciliar, bem como o motivo da procura pelo serviço. É constituído por três projetos básicos: Projeto saúde na terra, através de plantas medicinais; Brechó; Grupo de produção artesanal, através de cerâmica e mosaico.

✓ *"Transtornos de ansiedade"*

O Simpósio sobre Transtornos de Ansiedade, Transtorno do Pânico e Fobias realizado em 20/04/2001, trouxe as seguintes questões:

Transtornos de ansiedade: caracteriza-se por ansiedade e preocupações excessivas (uma expectativa apreensiva) que persistem por pelo menos seis meses. As preocupações ocorrem com as diversas atividades do dia a dia e há dificuldade em relaxar ou livrar-se delas. Ansiedade e preocupações estão associadas a uma inquietação ou à sensação de estar "com os nervos à flor da pele", cansaço, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Muitas vezes há disfunções somáticas gastrointestinais associadas. O tratamento envolve alguns aspectos como mudanças de algumas rotinas, psicoterapia cognitiva-comportamental e medicação. A medicação normaliza o sono, os sintomas físicos, a dificuldade de relaxar e a irritabilidade, assim como também ajuda a diminuir a expectativa apreensiva e os pensamentos ansiosos.

Transtornos do Pânico: caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade acompanhado de muito medo e de sintomas físicos como falta de ar, tontura, palpitações, tremores, suores, sufocação e náusea e sintomas emocionais como o medo de perder o controle, morrer ou enlouquecer. Esses ataques ocorrem de forma inesperada e atingem o pico máximo em até dez minutos. Pode apresentar como complicação a ansiedade antecipatória, ou seja, o medo de ter um novo ataque e pela evitação fóbica (evitação de

locais ou situação onde previamente já ocorreu um ataque de pânico ou de onde é difícil escapar ou obter ajuda no caso de ocorrer um novo ataque). Vários fatores biológicos, ambientais, emocionais e cognitivos estão implicados na origem do transtorno do pânico.

Fatores hereditários estão envolvidos, assim como alterações nas substâncias químicas que existem naturalmente no cérebro e que são responsáveis pela transmissão de impulsos nervosos entre uma célula e outra como serotonina e noradrenalina. Pode aparecer na infância ou ser precipitada na vida adulta, por fatores estressantes de origem emocional, como por exemplo morte de alguém importante, divórcio, perda de emprego, entre outros. O portador de transtorno do pânico aprende que determinada situação ou objeto provoca ansiedade extrema e passa a evitá-la, isto é, desenvolve comportamento condicionado.

O objetivo do tratamento é minimizar a intensidade dos sintomas para que a pessoa retorne rapidamente à sua vida normal. Para isso utiliza-se uma associação entre as modalidades de tratamento, medicamentoso e psicoterápico, conforme indicação.

Fobia social: entende-se por fobia um medo persistente, irracional e desproporcional de um objeto específico, atividade ou situação que não são realmente perigosas e, como resultado, a necessidade incontrolável de evitar o que desencadeia o medo. A pessoa reconhece o quanto o seu medo é excessivo, porém não consegue controlá-lo. As fobias classificam-se em: fobias específicas que caracterizam-se por medo excessivo e comportamento evitativo em relação a determinados estímulos e situações, como por exemplo avião, altura, pequenos insetos e tempestades. Fobia social caracteriza-se por medo persistente e irracional do indivíduo de ser julgado negativamente por outras pessoas, levando a evitação das situações que envolvem contato social ou a possibilidade de estar sendo observado, como por exemplo falar em público, comer ou beber diante de outras pessoas e interagir com o sexo oposto.

O objetivo do tratamento é diminuir o medo, possibilitando o alívio do sofrimento e a retomada do paciente a uma vida normal. O tratamento vai depender de cada caso, mas geralmente consiste de medicação e terapia cognitiva comportamental.(anexo 4)

✓ *"Fórum de saúde mental em Santa Catarina: na mão ou contra mão da reforma psiquiátrica brasileira"*

Comparecemos ao encontro no dia 17/05/2001, que tinha por objetivo, avaliar o atual estágio em que se encontram os serviços de saúde mental no estado de Santa Catarina, confrontando-o com as diretrizes nacionais para a área, que apontam, para a desospitalização. Foi discutida a situação atual do tratamento ao doente psiquiátrico relacionando-o com a realidade dos serviços públicos de saúde prestados a população, que podem e devem ser de qualidade, resolutivos e condizentes com os avanços da ciência. As temáticas foram apresentadas por representantes das instituições de tratamento ambulatorial, que relataram os serviços que oferecem e os seus benefícios.(anexo 5)

### **Objetivo 3**

• *Estabelecer, manter e terminar a RPP com os clientes da Iª UIM segundo os preceitos de Travelbee, sendo que cada acadêmica atenderá no mínimo dois pacientes.*

- *Aplicar o processo de enfermagem, segundo Travelbee, envolvendo no mínimo seis pacientes que residam na região da Grande Florianópolis, que se encontrem na Iª UIM e que estejam preferencialmente cadastrados no CAPS.*

- *Acompanhar o paciente/ família desde o contrato até o término da RPP, orientando-os através da assistência domiciliar.*

Devido às várias atividades desenvolvidas na IªUIM e o fato de que a triagem estava recebendo poucos pacientes que preenchessem nossos pré-requisitos (que residam na região da Grande Florianópolis, que se encontrem na IªUIM e que estejam preferencialmente cadastrados no CAPS), não foi possível participarmos da triagem. Resolvemos assim, fazer a escolha dos pacientes que já se encontravam internados na IªUIM.

Encontramos muitas dificuldades no início, no que diz respeito a escolha dos seis pacientes, pois a maioria dos internados não residia na região da grande Florianópolis.

Após discussão feita com a enfermeira da unidade e nossa orientadora, optamos por trabalhar com os pacientes mais jovens e com o menor número de internações. Apesar de todas as dificuldades, cada acadêmica conseguiu inicialmente selecionar um paciente para a aplicação do processo. Fechamos o contrato e iniciamos a RPP. No decorrer da RPP, encontramos dificuldades com as famílias dos três primeiros pacientes:

Iº paciente: entramos em contato com a família para ver da possibilidade da realização da assistência domiciliar e no primeiro momento recebemos uma resposta negativa. No dia seguinte a mãe do paciente telefonou para a IªUIM e questionou a enfermeira sobre quem éramos e o que pretendíamos. Após obter as informações, ela ficou de retornar a ligação, o que não ocorreu. Durante a RPP expusemos ao paciente a reação de sua família, e o mesmo mostrou-se revoltado, não entendendo os motivos que a levaram a ter esta reação. O paciente vem de uma família onde os pais possuem nível superior e trabalham como profissionais liberais. Pensamos que a reação apresentada pela família pode estar ligada ao fato dela ter se sentido invadida e com medo que o paciente pudesse ser exposto ainda mais.

IIº paciente: o primeiro contato com a família foi feito por telefone mostrando-se a mãe do paciente aberta e receptiva. Da mesma maneira que a família do primeiro paciente, a mãe, questionou o médico do seu filho, quem éramos e o que pretendíamos. No segundo contato ela foi até o IPQ, e pediu para chamar as acadêmicas para uma conversa particular, onde nos relatou que a família do paciente (mãe e irmãos) estavam cientes da sua doença e que não precisavam desta assistência. Referiu que a família do pai do paciente (avó e tios) é quem precisava desta assistência, para que se conscientizassem da doença do mesmo, confundindo nossos objetivos e querendo que resolvêssemos um problema de família. Na semana seguinte pediu ao médico licença para que o paciente fosse passar o final de semana em casa e não o trouxe novamente para o hospital.

IIIº paciente: o paciente apesar de ter concordado em iniciar a RPP, não se manifestava durante os encontros, permanecendo calado mesmo frente às várias tentativas realizadas pela acadêmica. Quando o paciente recebeu pré-alta, começou a estabelecer um contato com a acadêmica, solicitando que a mesma resolvesse assuntos particulares que não faziam parte dos nossos objetivos.

Devido ao fato do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não estar cadastrando novos pacientes pela falta de profissional responsável, os pacientes foram encaminhados para a continuidade do tratamento em nível ambulatorial, no Núcleo de Apoio Psicossocial. Dentre os três pacientes selecionados para a aplicação do processo apenas um já se encontrava cadastrado no CAPS e procurou o serviço para viabilizar a continuidade do seu tratamento.

Durante todo o período em que os pacientes estiveram internados, prestamos a assistência não só aos três pacientes selecionados para a aplicação do processo, como também a todos os pacientes da I<sup>ª</sup> UIM, sendo que cada acadêmica ficou responsável por aproximadamente dezesseis pacientes, os quais recebiam atendimento diário (encaminhávamos os pacientes para o banho, escovação de dentes, realizávamos curativos, verificávamos sinais vitais, supervisionávamos no almoço e acompanhávamos as atividades com a T.O., estimulávamos para participarem das atividades da enfermaria e reforçávamos sobre a importância da medicação bem como a realização da RPP).

Subestimamos o número de contatos pós alta. Através de nossas vivências vimos a necessidade do paciente e sua família em receber uma assistência mais intensificada. Quando iniciamos com a assistência domiciliar, percebemos que dois contatos seriam irrisórios diante do contexto apresentado, porém devido ao tempo restrito de estágio, conseguimos realizar apenas uma média de três contatos pós alta com cada paciente.

Para manter a RPP utilizamos a comunicação terapêutica, que consiste em auxiliar a pessoa a enfrentar seus problemas, a conviver com outras pessoas, ajustando-se ao que não pode ser modificado, sendo que trata-se de um processo contínuo, onde cada momento é único e para que se estabeleça é importante que se perceba o outro como ser único.

Não conseguimos manter contato familiar através das reuniões de família como proposto em nosso objetivo, pois a participação destes familiares nestas reuniões eram raras, ou que iam visitar seus familiares internados, sendo assim, utilizamos o horário de visita, como ponto de partida para marcarmos o dia da assistência domiciliar a três pacientes.

Devido a dificuldade que enfrentamos com as famílias, que, recusaram a assistência domiciliar enquanto o paciente encontrava-se internado, realizamos a assistência domiciliar apenas após a alta do paciente.

Vencidas as dificuldades encontradas na seleção e fechamento do contrato com os pacientes, fomos além do objetivo proposto, no que se refere ao estabelecimento da RPP, à medida em que conseguimos estender a RPP a todos os pacientes internados na IªUIM. Com relação ao processo, no entanto, sua aplicação ocorreu somente a três pacientes, devido ao curto espaço de tempo.

Apresentaremos um resumo dos 50 pacientes, atendidos no transcorrer do estágio, na Iª Unidade de Internação Masculina do IPQ. Utilizamos para a identificação dos pacientes as iniciais dos nomes das acadêmicas que os atenderam.

**Paciente F<sub>1</sub>** - 17 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de Itajaí. Encontrava-se agressivo, sendo que fez uso de drogas desde os onze anos de idade. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente F<sub>2</sub>** - 49 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de Laguna. Apresentava quadro psicótico com conduta agressiva. Faz uso de bebida alcoólica. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente F<sub>3</sub>** - 29 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de Palhoça. Foi encontrado danificando veículos, e correndo atrás das pessoas na rua. Diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente F<sub>4</sub>** - 43 anos, solteiro, pintor, procedente de Gaspar. Fez uso excessivo de álcool e apresentava delírios persecutório e grandiosos. Diagnóstico de transtornos esquizoafetivos. Problema de enfermagem encontrado, é seu comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente F<sub>5</sub>** - 31 anos, solteiro, mecânico, procedente de Tubarão. Foi internado através de um pedido judicial, pois roubava cheques e agredia seu pai. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente F<sub>6</sub>** - 36 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de São José. Não consegue permanecer em casa porque não aceita medicação. Diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente F<sub>7</sub>** - 36 anos, solteiro, sem ocupação, procedente do bairro Agrônômica. Está internado sob júdice há um ano, pois agrediu pessoas na rua. Apresenta sintomas psicóticos. Diagnóstico de esquizofrenia residual. Problema de enfermagem encontrado foi o abatimento.

**Paciente F<sub>8</sub>** - 42 anos, casado, lavrador, procedente de Criciúma. Apresentava-se agressivo, agitado, com a libido aumentada. Diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente F<sub>9</sub>** - 62 anos, casado, agricultor, procedente de Tijucas. Foi internado porque tentou abusar sexualmente de sua neta, sendo que fez uso excessivo de bebida alcóolica. Diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso excessivo de álcool. Problema de enfermagem encontrado foi retraimento e a presença de alucinações.

**Paciente F<sub>10</sub>** - 21 anos, solteiro, estudante, procedente de Biguaçu. Apresentava delírios místicos, tentativas de suicídio. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o abatimento com risco de suicídio.

**Paciente F<sub>11</sub>** - 34 anos, solteiro, servente de obras, procedente do bairro Costeira. Costumava fugir de casa e ameaçar a mãe de morte. Diagnóstico de esquizofrenia não especificada. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente F<sub>12</sub>** - 42 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de Itajaí. Possui a Síndrome de Huntigton. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente F<sub>13</sub>** - 41 anos, separado, catador de papel, procedente de Florianópolis. Perseguia as pessoas na rua. Diagnóstico de psicose não orgânica não especificada. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente F<sub>14</sub>** - 34 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de Laguna. Apresentava-se agressivo com alucinações auditivas. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o abatimento.

**Paciente F<sub>15</sub>** - 49 anos, viúvo, aposentado, procedente de Criciúma. Fez uso excessivo de bebida alcóolica. Diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso excessivo de álcool. Problema de enfermagem encontrado é o abatimento.

**Paciente L<sub>1</sub>** - 39 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de Palhoça. Foi internado porque ficou vários dias sem dormir perambulando pela casa. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento retraído.

**Paciente L<sub>2</sub>** - 24 anos, solteiro, latoeiro, procedente de São José. Agrediu pessoas que estavam paradas no ponto de ônibus. Diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de drogas. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente L<sub>3</sub>** - 20 anos, solteiro, trabalha fazendo biscates, procedente de Camboriú. Apresentava delírios persecutórios. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento desconfiado, apresentando delírios.

**Paciente L<sub>4</sub>** - 23 anos, solteiro, trabalha fazendo biscates, procedente de Camboriú. Faz uso de drogas desde os dez anos de idade. Tentou por várias vezes agredir a sua mãe e outros familiares. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente L<sub>5</sub>** - 32 anos, casado, católico, instrução primário, trabalha como carpinteiro e eletricista, procedente do bairro Pantanal. Foi internado porque não conseguia dormir e nem se alimentar, não conseguindo mais trabalhar. Diagnóstico de transtorno psicótico não especificado/ psicose esquizofrênica. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente L<sub>6</sub>** - 40 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de Blumenau. Sua internação se deu pelo fato de tentar agredir seus pais. Diagnóstico de transtorno



esquizofrênico não especificado/ psicose esquizofrênica. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente L<sub>7</sub>** - 29 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de São Francisco do Sul. Em casa encontrava-se agitado, sem dormir nem alimentar-se. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento desconfiado e delirante.

**Paciente L<sub>8</sub>** - 37 anos, solteiro, agricultor, procedente do Rio das Antas, sendo sua primeira internação em hospital psiquiátrico. Apresentava agitação, agredindo sua mãe. Diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Problema de enfermagem encontrado foi a angústia.

**Paciente L<sub>9</sub>** - 40 anos, solteiro, agricultor, procedente de Chapecó. Internado por não aceitar a medicação quando estava em casa. Diagnóstico de esquizofrenia não especificada. Problema de enfermagem encontrado foi o abatimento com idéias delirantes.

**Paciente L<sub>10</sub>** - 52 anos, casado, aposentado, procedente de Salto Veloso. Não aceitava a medicação. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o abatimento.

**Paciente L<sub>11</sub>** - 22 anos, solteiro, agricultor, procedente de Guatambú. Ingeriu bebida alcoólica junto com a medicação. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente L<sub>12</sub>** - 32 anos, solteiro, trabalha em uma olaria, procedente do Morro da Fumaça, sendo sua primeira internação. Internou devido ao uso excessivo de álcool e agressão aos familiares. Diagnóstico de transtornos mentais devido ao uso excessivo de álcool. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente L<sub>13</sub>** - 37 anos, separado, trabalha com serviços gerais, procedente de Biguaçu. Não aceitava a medicação. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente L<sub>14</sub>** - 47 anos, separado, sem ocupação, residente na Costeira. Paciente HIV positivo, internou devido não conseguir dormir e não se alimentar, também pelo estado de debilidade em que se encontrava. Diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente L<sub>15</sub>** - 21 anos, solteiro, procedente de Timbó, sem ocupação, é sua primeira internação em hospital psiquiátrico. Foi internado porque agrediu os pais, faz uso de drogas há aproximadamente sete anos. Diagnóstico de transtorno devido ao uso múltiplo de várias drogas e outras substâncias. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente L<sub>16</sub>** - 24 anos, solteiro, procedente de Palhoça, trabalha como servente de pedreiro. Foi internado porque não conseguia dormir e por não aceitar a medicação. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento.

**Paciente L<sub>17</sub>** - 17 anos, solteiro, sem ocupação, procedente de Joinville. Fez uso de drogas. Diagnóstico de psicose não orgânica não especificada. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente L<sub>18</sub>** - 46 anos, casado, aposentado, procedente de Jaraguá do Sul. Apresentava-se desorientado catando lixo nas ruas. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado foi o abatimento.

**Paciente A<sub>1</sub>** - 42 anos, casado, católico, primeiro grau completo, servente, residente em Palhoça. Apresentava delírios persecutórios, não aceitava medicação, estava ansioso e desorganizado. Diagnóstico de psicose esquizofrênica, psicótico crônico. Problema de enfermagem encontrado neste paciente foi o retraimento, devido ao paciente ser relativamente silencioso e responder com frases curtas.

**Paciente A<sub>2</sub>** - 40 anos, casado, católico, instrução primária, aposentado, residente em Laguna. Apresentava idéias desorganizadas e agitação, delirante com idéias confusas e persecutórias. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado neste paciente foi a desconfiança pois sempre desconfiava da veracidade e honestidade das pessoas, sendo uma pessoa com delírios.

**Paciente A<sub>3</sub>** - 37 anos, separado, instrução primária, sem ocupação, residente em Guaramirim. Agrediu familiares, apresentava-se agitado. Diagnóstico de esquizofrenia. . Problema de enfermagem encontrado neste paciente foi o retraimento, pois era uma pessoa silenciosa, que responde com monossílabos e ou frases curtas.

**Paciente A<sub>4</sub>** - 31 anos, casado, testemunha de Jeová, instrução primária, catador de papelão, residente em Itapema. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado neste paciente foi a desconfiança.

**Paciente A<sub>5</sub>** - 37 anos, solteiro, instrução primária, sem ocupação, residente no bairro Agrônômica. Agrediu familiares e apresentava idéias persecutórias. Diagnóstico de psicose não orgânica não especificada/ transtorno afetivo bipolar, paciente ocultava sintomas da doença. Problema de enfermagem encontrado neste paciente foi a superficialidade.

**Paciente A<sub>6</sub>** - 38 anos, solteiro, católico, sem ocupação, residente em Biguaçu. Apresentou tentativas de suicídio e possuía idéias delirantes. Diagnóstico de sintomas psicóticos produtivos. Problema de enfermagem encontrado neste paciente foi o retraimento.

**Paciente A<sub>7</sub>** - 37 anos, separado, católico, instrução primária, sem ocupação, residente em Itajaí. Apresentava delírios persecutórios, comportamento bizarro e episódios de agressividade. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado neste paciente foi a desconfiança com a presença de delírios.

**Paciente A<sub>8</sub>** - 30 anos, solteiro, católico, segundo grau incompleto, desempregado, andarilho. Apresentava-se agressivo com idéias desorganizadas. Diagnóstico de esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrado neste paciente foi o retraimento.

**Paciente A<sub>9</sub>** - 27 anos, católico, primeiro grau incompleto, sem ocupação, residente em Garopaba. Apresentava-se agitado com idéias de grandeza. Diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína. Problema de enfermagem encontrado foi a desconfiança, apresentando idéias delirantes.

**Paciente A<sub>10</sub>** - 85 anos, viúvo, católico, instrução primária, residente em Balneário Camboriú. Apresentava-se agressivo e agitado. Diagnóstico de transtorno delirante. Problema de enfermagem encontrado foi a angústia.

**Paciente A<sub>11</sub>** - 25 anos, solteiro, católico, instrução primária, trabalhador de serviços gerais, residente em Laguna. Apresentava-se agressivo, agitado e não dormia durante a noite. Diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas/ outras psicoses não orgânicas não especificadas/ esquizofrenia. Problema de enfermagem encontrada foi o retraimento, respondendo com monossílabos ou frases curtas.

**Paciente A<sub>12</sub>** - 44 anos, católico, separado, sem ocupação, residente em Camboriú. Paciente sob júdice, pois incendiou a casa da mãe. Apresentava delírios psicóticos, alucinações e extrema desconfiança. Diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Problema de enfermagem encontrado foi a desconfiança, com presença de delírios.

**Paciente A<sub>13</sub>** - 21 anos, solteiro, católico, instrução primária, professor de artes marciais, residente no bairro Saco Grande II. Apresentava-se agressivo e agitado. Diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína. Problema de enfermagem encontrado foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente A<sub>14</sub>** - 21 anos, solteiro, católico, instrução primária, guardador de carros (flanelinha). Apresentava-se agitado, agressivo com idéias delirantes. Diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de várias drogas. Problema de enfermagem apresentado pelo paciente foi o comportamento manipulador e provocativo.

**Paciente A<sub>15</sub>** - 23 anos, solteiro, primeiro grau incompleto, desempregado, residente no bairro Ipiranga. Em casa começou a apresentar-se catatônico, não conversava, evitava comunicar-se com as pessoas. Sem diagnóstico. Problema de enfermagem encontrado foi o retraimento e a angústia.

Com o passar do tempo e o nosso envolvimento cada vez maior na dinâmica da enfermagem, foi possível o fechamento do contrato com três pacientes aos quais aplicamos o processo de enfermagem.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM

### 1- Identificação: (1º paciente)

*Ipê Amarelo*, 19 anos, instrução primária, solteiro, moto boy, desempregado, procedente de Florianópolis. A família é constituída por sete pessoas (três irmãs, dois irmãos, mãe e o paciente). Pai falecido desde que o paciente tinha treze anos de idade. Diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinóides com distorções perceptuais. Em exame laboratorial realizado no momento da internação, detectou-se 317.0 canabinóides.

### 2 - Observação:

Paciente de pele clara, olhos azuis, barba por fazer e higiene corporal debilitada pesando aproximadamente 55 kg, com altura próxima de 1,75 m. Nos primeiros dias de internação, o paciente encontrava-se eufórico, delirante, agitado, agressivo, solilóquio, apresentando acatisia. Estava confuso, respondendo com monossílabos quando questionado, ou se negando a responder. Após o terceiro dia, o paciente apresentava-se impregnado, tendo dificuldade de movimentos e fala, estava com a musculatura e o maxilar rígidos, impossibilitado para a realização do auto cuidado e auto alimentação. Apresentava dificuldade de deglutição, além da hipersalivação. Seguiu assim durante dias. Após consulta médica, onde foi diminuída a quantidade de Haldol, observou-se uma pequena melhora. Paciente começou a comunicar-se verbalmente, embora com um pouco de dificuldade pela rigidez do maxilar, além de ensaiar caminhadas pelo pátio da unidade. Lento e hesitante para responder as perguntas, respondendo somente o que era questionado, com respostas objetivas. Estava orientado no tempo e espaço, como também conhecia quem se dirigia a ele. Mostrava-se cooperador e interessado durante a RPP, apresentando expressão emocional apropriada ao conteúdo do pensamento. Não aceitava a internação, dizendo que não era louco, "minha mãe cuidará melhor de mim em casa". O restante do relato segue na visita domiciliar.

### Problemas encontrados:

- Problemas de Nutrição e Hidratação (incapacidade de alimentar-se, hipersalivação, maxilar rígido);
- Problemas de auto- percepção ( delirante, confuso, solilóquio);
- Problemas da atividade psicomotora (agitado, agressivo, impregnado);
- Problemas de auto- cuidado ( incapacidade de realizar o auto- cuidado);
- Problemas de auto- imagem (não aceitava a internação);
- Problemas de regulação e ambiente (uso de drogas).

### 3 - Interpretação:

*Problemas de regulação e ambiente(uso de drogas), problemas de auto- percepção:* os sintomas apresentados pelo paciente no momento da internação e logo nos primeiros dias, podem estar relacionados ao consumo de drogas de abuso, ou aos efeitos colaterais do medicamento, e a exposição de toxinas. Conforme o DSM-IV (1995), os sintomas mais comuns quando do uso destas substâncias, são prejuízos na cognição ou no humor, ocorrendo também ansiedade, alucinações e delírios. O exame de sangue realizado logo após sua internação, indica que o mesmo fez uso da substância de abuso (cocaína), a qual causa efeitos tóxicos no sistema nervoso central e em outros sistemas orgânicos. A cocaína causa efeitos eufóricos após o uso, e quando de uso crônico pode causar complicações mentais ou físicas, como ideação paranóide, comportamento agressivo, ansiedade e perda de peso, além de hiperatividade, grandiosidade, loquacidades, tensão e inquietação.

Para KOLB (1977, p.499), "a dependência a drogas é um estado psíquico e algumas vezes físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma droga, caracterizado por respostas de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão a ingerir a droga de modo contínuo ou periódico, com o fim de experimentar seus efeitos e, algumas vezes, evitar o desconforto de sua ausência".

KOLB (1977, p.501), "afirma que aqueles que procuram as drogas são motivados pelo desejo de induzir e perpetuar um estado mais satisfatório de existência pessoal, mesmo com o risco de debilitarem outros valores".

"O viciado em potencial encontra na droga uma necessidade incessante de sensações agradáveis ou exóticas e a satisfação de um desejo veemente de exaltação artificial de paz", KOLB (1977, p.501). Praticamente todos os viciados eram anteriormente pessoas desajustadas, marginais ou marginalizadas na família e sociedade.

*Problemas de auto-cuidado, problemas de atividade psicomotora(dose da medicação):* quando o paciente se encontrava impregnado pela alta dose de medicação (antipsicótico), como efeito colateral deu-se a lentidão e rigidez dos movimentos. Este quadro geralmente ocorre nas primeiras semanas de tratamento, caracterizando-se por rigidez de braços e pernas, andar arrastado, tremor em repouso, e lentidão dos movimentos dos músculos faciais, com redução da expressão facial como também a hipersalivação. Estes sintomas causados por medicamentos antipsicóticos podem melhorar com o tempo ou reverter com a redução da dose.

Os medicamentos também podem promover distúrbios de movimentos, como distonia, as quais incluem espasmos dos músculos do pescoço, costas, agitação e acatisia, que ocasionam o andar compulsivo. Pode provocar lentidão dos movimentos faciais, com redução da expressão facial, dificultando a deglutição, impedindo desta forma a alimentação do paciente.

A melhora dos movimentos se deu após a diminuição da dose, devido a auto-medicação realizada por sua mãe quando da alta hospitalar.

#### 4 - Tomada de decisão:

- Observar medicação e os efeitos colaterais que ela causa;
- Observar quadro de impregnação;
- Acompanhar evolução do quadro clínico do paciente;
- Encaminhar para reavaliação médica, quanto as doses da medicação;
- Avaliar nível de consciência;
- Orientar quanto a higiene corporal, bucal e efeitos da medicação;
- Estimular a prática de uma atividade enquanto estiver em casa;

- Explicar o que é a sua doença, bem como seus sintomas;
- Orientar quanto aos efeitos da medicação e o porquê de tomá-la;
- Auxiliar nas atividades terapêuticas;
- Encaminhar o paciente ao banho e escovação de dentes;
- Providenciar dieta adequada ao paciente;
- Orientar e auxiliar quanto a ingesta hídrica;
- Analisar a presença de constipação intestinal ou diarreia.
- Encaminhar o paciente ao acompanhamento ambulatorial, orientando para que o paciente participe das atividades oferecidas pelo serviço;

#### 5 - Evolução:

Durante dias o paciente foi encontrado impregnado, tendo dificuldade de movimentação, deglutição e fala. Após a diminuição de haldol pelo médico observou-se uma pequena melhora do quadro de impregnação, onde o paciente começou a ensaiar caminhadas pelo pátio da unidade, embora com dificuldades. Mantinha comunicação verbal com dificuldade, respondendo com monossílabos. Em casa o paciente apresentava quadro de impregnação, apresentando dificuldade de locomoção, fala e alimentação. Dependente para o auto- cuidado. Na segunda assistência o paciente já apresentava-se melhor, com diminuição do quadro de impregnação, precisando ser estimulado na realização de movimentos, auto- cuidado e auto- alimentação. Na última assistência o paciente apresentava melhora do quadro de impregnação, com melhora dos movimentos e fala.

#### **PLANO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

- ✓ **Objetivo geral:** buscar a reintegração familiar na tentativa de aproximar ainda mais o paciente e a família e conscientizar sobre a valorização, importância da doença e tratamento.
- ✓ **Objetivos específicos:**



- conhecer o ambiente familiar, bem como as condições sócio-econômicas e os laços afetivos entre família e paciente;
- Verificar os conhecimentos da família em relação a doenças;
- levar ao conhecimento da família os sinais de alerta: mudança de comportamento, insônia, agitação, irritabilidade e perda de apetite;
- reforçar sobre a importância da continuidade do uso da medicação no ambiente domiciliar;
- orientar a família a buscar um acompanhamento a nível ambulatorial;
- incentivar a família a realizar visitas ao paciente durante o período de internação, se envolvendo no tratamento, fazendo com que o paciente se sinta lembrado e querido, estimulando assim sua recuperação;
- conscientizar a família sobre a importância em manter o paciente envolvido em atividades domésticas, reforçando que esta prática também faz parte do tratamento.

✓ **Metodologia:**

Entraremos em contato com a família para marcar a assistência domiciliar, no momento mais oportuno para a mesma. Realizaremos as assistências após a alta do paciente, e conforme a necessidade da família.

✓ **Avaliação:**

Alcançaremos nosso objetivo a partir do momento em que a família se dispuser à realização da assistência domiciliar.

## **RELATÓRIO DAS ASSISTÊNCIAS DOMICILIARES**

### **Ipê amarelo**

#### **1ª ASSISTÊNCIA:**

Fomos realizar a primeira assistência domiciliar, na residência do paciente **Ipê amarelo**, no dia 10/05/2001 às 13:30 horas, no bairro Agrônômica. A residência de madeira é composta de quatro cômodos em precárias condições de higiene. Fomos recebidas pelo irmão e pela mãe, juntamente com o paciente que encontrava-se deitado na cama, em estado de impregnação, com dificuldade de comunicação e alimentação, sendo

que sua mãe liquefazia os alimentos para facilitar sua deglutição. O cômodo no qual o paciente estava era pequeno, mal ventilado, de difícil circulação, em péssimas condições de higiene, mobiliado com uma cama improvisada, um guarda roupa, um criado mudo sobre o qual as roupas se amontoavam, e um sofá em más condições de uso.

A mãe do paciente demonstrava preocupação, irritação e ansiedade em relação a situação do filho, relatando que iria procurar um programa de TV para denunciar as condições em que o filho recebeu alta, ameaçando retirar a medicação. Aconselhamos a mãe sobre a possibilidade de procurar o NAPS conforme agendamento da assistente social, e orientamos em relação a medicação, e que os sintomas que o paciente estava apresentando era devido a mesma. Agendamos a próxima visita para o dia 15/05/2001, com o acompanhamento da orientadora.

### **IIª ASSISTÊNCIA (15/05/2001)**

Conforme combinado, às 9 horas da manhã, chegamos na casa do paciente. O dia estava chuvoso e frio. Ao chegarmos encontramos sua mãe que estava no quintal recolhendo a roupa do varal. Nos recebeu e convidou para entrar, levando-nos até o quarto em que se encontrava o paciente. O mesmo estava deitado na cama, coberto com um edredom, vestia blusa de manga longa azul clarinha e calça de moletom vinho. **Ipê amarelo** logo nos reconheceu e cumprimentou. Observamos que havia diminuído a impregnação e que o paciente estava lúcido e orientado. Sua mãe relatou que o mesmo estava um pouco melhor, já começava a ensaiar passos pela casa, e iniciava movimentos para se alimentar, mas desistia logo. Afirmou ainda que reduziu a dose da medicação pela metade. No decorrer da assistência foram realizados alguns exercícios com o paciente, no intuito de estimular a iniciativa do mesmo para começar a readquirir o equilíbrio e os movimentos naturais (normais). Nesses o paciente deveria acompanhar com os olhos e com a cabeça a mão da instrutora (que estava a centímetros de distância de seu rosto), depois realizaram-se exercícios onde o paciente deveria apertar as mãos da instrutora com a sua força máxima. Estimulou-se **Ipê amarelo** que levantasse da cama sozinho e que caminhasse pela casa e pelo pátio. Ao retornar para dentro foram feitos exercícios com os braços onde o paciente ficava com as mãos apoiadas nas pernas e ao sinal deveria levá-las à cabeça. Ao término da visita o paciente se dirigiu até a cozinha para comer o mingau preparado pela sua mãe. A mesma foi orientada a estimular o paciente na realização da sua

própria higiene e alimentação, assim como a começar a caminhar para readquirir o equilíbrio e movimentos. Ressaltou-se a importância de procurar o serviço do NAPS, onde um médico poderia rever a questão da dose do medicamento.

### **IIIª ASSISTÊNCIA (22/05/2001)**

Chegamos na casa do paciente e este se encontrava deitado na cama, imóvel, assistindo TV. O paciente nem sequer movimentou-se para nos cumprimentar. Estava de pijama, coberto pelo edredom. Sua mãe relatou que não deu mais a medicação para o filho, pois terminou e não procurou providenciar uma nova receita. Levou o filho ao Hospital Universitário onde o médico somente o medicou, sendo que este orientou-a para que o levasse a um médico psiquiatra. A mãe porém disse que não o levaria de volta para ser consultado no IPQ. Agendou a consulta no NAPS para quinta- feira à tarde. Relatou que o filho estava melhor, caminhando pelas redondezas, apresentando apenas um leve tremor nas mãos e muito sono.

O paciente manteve-se o tempo todo atento à programação da TV, recusou-se a nos acompanhar em uma caminhada e a realizar os exercícios com os braços e as pernas. A mãe relatou que ele já estava conseguindo se alimentar bem, sem dificuldades. Ao sair marcamos mais uma assistência naquela mesma semana.

### **IVª ASSISTÊNCIA (24/05/2001)**

Ao chegarmos encontramos a mãe do paciente no quintal conversando com a vizinha. Nos recebeu muito bem, falando que iria aproveitar o tempo bom para lavar a roupa de cama. Acabara de auxiliar o paciente no banho. O mesmo se encontrava deitado na cama, de calção e camiseta, sem cobertas. Parecia catatônico, demorando para responder as nossas perguntas. Permanecia imóvel no leito. Dizia estar com sono e que queria dormir, nos dispensando pouca atenção. Sua mãe relatou que o levou ao NAPS e que agendou consulta médica com um psiquiatra. Marcou horário para realizar atividades terapêuticas e a consulta psiquiátrica para 2ª feira. Relatou que o paciente foi caminhando ao NAPS, e que o mesmo está bem, apresentando somente tremores nas mãos, está se alimentando melhor, conseguindo mastigar os alimentos.

### Vª ASSISTÊNCIA (30/05/2001)

Ao chegarmos na residência do paciente, o encontramos sentado no quintal observando sua mãe que estava lavando a roupa, demonstrando uma aparência tranqüila, com os movimentos mais presentes. A mãe nos relatou que o mesmo já havia realizado a consulta com o médico psiquiatra e que este alterou a medicação e a dose. Neste mesmo dia **Ipê amarelo** ficou constrangido em permanecer no local para realizar as atividades terapêuticas, porque lá estava uma antiga namorada sua, mas relatou que no próximo encontro permaneceria até o final.

A mãe e o paciente demonstravam satisfação em relação à sua melhora, pois o mesmo estava mais ativo e disposto. Antes de nos despedirmos, reforçamos a importância da continuidade do tratamento em nível ambulatorial, procurando um médico psiquiatra sempre que os efeitos colaterais se exacerbarem, não modificando a dose do medicamento por conta própria. Quando questionada sobre a validade da assistência domiciliar, a mãe do paciente nos relatou que foi importante, pois esclareceu todas as suas dúvidas em relação a doença e tratamento.

#### 1 - Identificação: (2º paciente)

**Ipê branco**, 27 anos, instrução primária, casado, eletricista e servente de obras, procedente de Florianópolis. Reside com a esposa e sua filha. Diagnóstico de esquizofrenia, sendo sua terceira internação.

#### 2 - Observação:

Paciente moreno, olhos verdes, barba por fazer, medindo aproximadamente 1,75 m, pesando em torno de 80 Kg, boa higiene corporal e bucal. Apresentou-se tranqüilo durante todo o período de internação, reservado, não auxiliava nas atividades da enfermaria, sendo que permanecia a maior parte do tempo sentado no leito. Procurou o hospital porque parou de tomar a medicação por três dias e fez uso de bebida alcoólica (após separação com a esposa) o que o tornou agressivo, tendo alucinações auditivas.

Passou a apresentar os sintomas da doença quando aos 18 anos sofreu um acidente de carro, sob o efeito de canabinóides. Possui um relacionamento complicado com sua esposa,

desde que a mesma descobriu que o paciente fazia uso de canabinóides, mesmo após o paciente abster-se da substância. Segundo seus relatos, já separaram-se várias vezes e discutem bastante. Quando não se encontra em surto, o paciente apresenta-se tranqüilo, responsável no sustento de sua esposa e sua filha de sete anos. **Ipê branco** vem de uma família de seis irmãos, sendo o único a apresentar problemas psiquiátricos. Teve uma infância e uma adolescência tranqüilas e atualmente faz serviços autônomos como eletricista e servente de pedreiro. É bastante sociável, sendo que possui um bom relacionamento familiar e com amigos.

O paciente mostrava-se ansioso por receber alta, usava vestimentas do IPQ e apresentava um bom estado geral em relação aos outros pacientes, sentindo-se desta forma, pouco à vontade em relação a estes. Durante as entrevistas, mostrou-se interessado, atento e cooperador. Manifestação de afeto amplo, principalmente em relação a sua filha, sendo que suas emoções condiziam com a sua fala, tendo um seguimento lógico. O paciente relatou que ouvia vozes quando fazia uso de maconha, mas tinha crítica para saber que essas alucinações eram efeitos da droga. Mostrava-se preocupado em relação ao curso de sua doença e tratamento, questionando sempre sobre as medicações que utilizava, seus efeitos colaterais e acompanhamento ambulatorial. **Ipê branco** compreendia o motivo que o levou a apresentar um comportamento agressivo que culminou com sua reinternação, sendo assim, tinha consciência que possuía uma doença e que precisava de tratamento.

Os relatos do paciente eram expressos corretamente, à medida em que condiziam com os relatos de familiares e informações contidas no prontuário.

#### Problemas encontrados:

- Problema de gregária, estima, imagem (separação da esposa, uso de drogas);
- Problema de regulação e ambiente (uso de drogas, acidente de carro);

#### 3 - Interpretação:

*Problema de gregária, imagem, estima:* "as estatísticas mostram que existe uma acentuada preponderância de distúrbios mentais, por unidade de população, entre as pessoas separadas", KOLB (1977,p.137).

"Deve-se recordar que a associação conjugal é uma das mais importantes de todas as associações humanas. Ela proporciona não apenas a satisfação de necessidades sexuais, mas vários aspectos de segurança, cuja ausência ou perda seria muito perturbadora para a personalidade", KOLB (1977,p.137).

*Problema de regulação e ambiente:* "Certos produtos químicos e drogas podem dar margem a síndromes cerebrais agudas, freqüentemente sob a forma de um delírio de curta duração, embora, ocasionalmente, um estado delirante de tal origem possa continuar por várias semanas", KOLB (1977, p.140).

"A maconha não cria dependência física nem desenvolve tolerância, mas o seu uso freqüente leva ao retraimento das atividades sociais, à apatia e à inércia. Às vezes ocorre despersonalização e episódios psicóticos", DALLY & HANINGTON ( p.113).

"O traumatismo em qualquer parte do corpo pode ter como consequência, geralmente depois de um período de latência, uma neurose traumática" KOLB (1977,p.140).

#### 4 - Tomada de decisão:

- orientar o paciente quanto a importância do uso da medicação para o tratamento;
- encaminhar o paciente ao acompanhamento ambulatorial;
- estimular o paciente no sentido de praticar alguma atividade enquanto estiver impossibilitado de trabalhar, conforme ordens médicas;
- explicar ao paciente/ família os aspectos da doença, bem como os seus sintomas;
- orientar o paciente e família quanto aos efeitos colaterais da medicação;
- observar sinais de surto (agitação psicomotora, insônia, irritabilidade, delírios e alucinações).

#### 5 - Evolução:

**Ipê branco**, permaneceu internado na I'UIM, 14 dias. Ao longo dos encontros o paciente apresentou boa evolução, tranquilidade, crítica da doença e consciência da importância da terapia medicamentosa, sendo que após sua alta, procurou o serviço do CAPS para a realização do acompanhamento ambulatorial.

## **RELATÓRIO DAS ASSISTÊNCIAS DOMICILIARES**

### **Ipê branco**

#### **Iª ASSISTÊNCIA**

No dia 03/05/2001, às 14:45 horas, nos dirigimos ao bairro Tapera, na residência de **Ipê branco**. chegando ao bairro, encontramos um senhor que referiu conhecer o paciente, mas não tinha certeza se era o mesmo que procurávamos. Após várias informações desencontradas, tentativas de telefonemas sem sucesso, e horas andando a esmo, por uma sutil coincidência, encontramos um sobrinho do mesmo, quase no final da rua, para quem fomos pedir informações. Ele nos indicou o endereço certo, permitindo que a residência fosse localizada.

A residência dos pais do paciente consta de três cômodos, feita de tábuas reaproveitadas, sem pintura, com precárias condições de higiene, tendo no quintal criação de galinhas e quatro cachorros.

Chegando lá, fomos bem recebidas pela família (pai, mãe e irmãos) e pelo paciente. Indagamos sobre seu estado geral, uso da medicação e efeitos colaterais da mesma, tratamento ambulatorial e reinserção nas suas atividades cotidianas. O paciente nos relatou que irá voltar a morar com sua esposa e a filha de sete anos, e que na próxima visita gostaria de saber mais especificamente sobre os efeitos da medicação e sobre a sua doença (transtorno psicótico devido ao uso de drogas). Marcamos uma próxima assistência para o dia 09/05 na residência onde o paciente vai morar com sua esposa.

#### **IIª ASSITÊNCIA**

A assistência foi realizada no dia 09/05/2001, às 13:15 horas, na atual residência do paciente. Fomos recebidas pelo mesmo que se encontrava sozinho e que veio ao nosso encontro no portão da casa. Esclarecemos as suas dúvidas a respeito da medicação e sobre sua doença. O paciente expôs sobre sua convivência com a esposa (que se dá de maneira complicada, devido ao seu uso de maconha no passado, e o fato da mesma ser muito ciumenta), mostrou fotos de sua família e relatou sobre sua ansiedade em voltar a trabalhar.

Reforçamos sobre a importância do uso da medicação e acompanhamento do CAPS (já que o mesmo estava cadastrado), assim como evitar o uso de drogas e álcool e controlar

sua ansiedade. Ao ser questionado quanto a importância da assistência domiciliar, **Ipê branco** referiu que foi válida, pois recebeu muitas informações e esclarecimentos que até agora não tinham sido fornecidas, e que é um estímulo para continuar o tratamento.

### **IIIª ASSISTÊNCIA**

Realizamos a assistência domiciliar ao paciente **Ipê branco** às 8:00 horas, do dia 30/05/2001. Encontramos o paciente em casa com sua esposa e sua filha. O mesmo nos relatou que já havia realizado a consulta no CAPS e que prosseguirá com acompanhamento ambulatorial. Sua esposa referiu que o paciente sempre se recusou a fazer o uso da medicação, sendo que desta vez está disposto a continuar o tratamento. Salientamos a importância que tem a medicação para o tratamento, bem como a realização das atividades domésticas, já que **Ipê branco** está sem trabalhar no momento conforme orientação médica.

Ficamos satisfeitas ao ver como o paciente está motivado quanto ao tratamento e como está se cuidando, o que nos faz concluir o quanto a assistência em nível domiciliar é importante para os pacientes e seus familiares.

#### **1 - Identificação: (3º paciente)**

**Ipê roxo**, 24 anos, casado, cursou apenas o primário, trabalha como garçom e servente de obras. Procedente de São José, vive com a esposa e duas filhas. É sua primeira internação em hospital psiquiátrico.

#### **2 - Observação:**

Procurou o hospital pois apresentava delírios persecutórios, dizia, "Hitler está me perseguindo". Medindo aproximadamente 1,70 m, pesando em torno de 55 Kg, olhos castanhos, ausência dos quatro incisivos centrais superiores, cabelos curtos rente ao couro cabeludo. Apresenta um projétil instalado na parte inferior da tibia, no membro inferior direito. O paciente levou um tiro na perna, quando defendia um amigo em um clube próximo ao bairro onde reside. Relatou estar há mais ou menos dois anos com o projétil instalado no membro inferior. Somente agora começou a procurar recursos, pois sua esposa estava grávida e o mesmo tinha que trabalhar para sustentar a família. Tem um bom



relacionamento familiar, sempre que pode presta serviços aos seus familiares. Sua mãe já esteve internada em um hospital psiquiátrico, e tem como diagnóstico Transtorno Bipolar, sendo o único caso na família, fora o do paciente que está sem diagnóstico que os mesmos têm conhecimento. Devido a dose elevada da medicação, o paciente encontrava-se impregnado, estando com os membros superiores e inferiores rígidos.

O paciente falava espontaneamente, com o pensamento lento, mas havendo continuidade no que falava. Suas emoções condiziam com o que o mesmo expressava, tendo uma sequência lógica. Tinha a preocupação em descobrir o que estava acontecendo, o porquê da doença. Identificava datas corretamente e sabia onde estava, lembrava fatos de sua infância, adolescência e dos dias atuais. Era capaz de controlar seus impulsos sexuais, amorosos, não sendo capaz de controlar seus impulsos agressivos brigando algumas vezes na enfermaria com outros pacientes. O paciente não entendia o motivo do seu comportamento, aceitava que estava doente e compreendia a importância do tratamento. Foi capaz de relatar sua situação corretamente, comprovada a partir de relatos de sua esposa.

#### Problemas encontrados:

- Problema de regulação, auto- imagem (projétil instalado no membro inferior direito);
- Problemas de auto- percepção (agitado, confuso);
- Problemas de atividade psicomotora (impregnação);
- Problemas de auto- imagem (não aceitava a internação);
- História familiar (transtorno bipolar da mãe).

#### 3 - Interpretação:

*Problema de regulação, auto- imagem:* "O traumatismo em qualquer parte do corpo pode ter como consequência, geralmente depois de um período de latência, uma neurose traumática", KOLB (1977,p.140).

*Problemas de atividade psicomotora :* devido a alta dosagem da medicação o paciente encontrava-se com rigidez de membros superiores e inferiores, com lentidão dos

movimentos. Os medicamentos também podem promover distúrbios de movimentos, como distonia, as quais incluem espasmos dos músculos do pescoço, costas, agitação e acatisia, que ocasionam o andar compulsivo. Pode provocar lentidão dos movimentos faciais, com redução da expressão facial, dificultando a deglutição, impedindo desta forma a alimentação do paciente. Após uma reavaliação na dosagem do medicamento o paciente voltou a apresentar a movimentação normal.

*História familiar:* "Os fatores genéticos, que estabelecem a constituição de cada indivíduo, interagem durante toda a vida com as forças ambientais que atuam sobre cada pessoa. Em relação a psiquiatria, as tentativas para separar hereditariedade e fatores ambientais permanecem difíceis, embora tenha se tornado evidente uma crescente sofisticação nos processos analíticos para determinar a carga genética relacionada a entidades psicopatológicas específicas", KOLB (1977, p.126)

" A determinação do efeito da carga genética nas principais psicoses torna-se mais complexa quando se tenta discriminá-la das forças ambientais interatuantes", KOLB (1977, p.126)

#### 4 - Tomada de decisão:

- orientar o paciente sobre a importância do tratamento, e ao uso da medicação;
- encaminhar o paciente para fazer o tratamento ambulatorial;
- estimular a prática de uma atividade enquanto estiver em casa;
- explicar o que é a sua doença, bem como seus sintomas;
- orientar quanto aos efeitos da medicação e o porquê de tomá-la;
- incentivar a busca de recursos médicos para solucionar a lesão do membro inferior direito;
- observar sinais de surto (insônia, agitação psicomotora, irritabilidade, delírio e alucinação);
- observar a evolução da lesão no membro inferior direito (características das secreções, quantidade, aspecto, etc.).

### 5 Evolução:

O paciente apresenta uma boa evolução, aceitando bem o tratamento, apresentando crítica do seu estado, aceitando a medicação e buscando conseguir atendimento ambulatorial, não só para a continuidade do seu tratamento, como também para solucionar a retirada do projétil no membro inferior direito.

### **RELATÓRIO DAS ASSISTÊNCIAS DOMICILIARES**

#### **Ipê roxo**

#### **Iª ASSISTÊNCIA**

No dia 03/05/001, quinta- feira, às 13:15 horas, chegamos a residência do paciente **Ipê roxo**, no bairro Ipiranga, tendo como ponto de referência um bar. A moradia é composta de dois cômodos (cozinha e quarto), de madeira, tábuas íngremes, sem pintura, somente com mobília necessária (fogão, geladeira, pia, cama, TV e prateleiras improvisadas para a acomodação de roupas), em boas condições de higiene. Fomos recebidas pela sua esposa M.F., sua mãe e suas filhas, pois o mesmo não se encontrava em casa no momento da visita. Durante a conversa, sua esposa nos relatou que o paciente está seguindo o tratamento, mas fica agressivo quando é contrariado. No decorrer da visita, a mãe (que já foi paciente do IPQ) e a esposa foram esclarecidas quanto a importância da continuidade do tratamento com a medicação e avaliações periódicas pelo médico psiquiatra, além da reintegração ao convívio familiar, social e retorno as atividades profissionais.

Chamamos a atenção da família para os possíveis sinais de manifestação do transtorno, como insônia, falta de apetite, inquietação, nervosismo, para que ao menor sinal procurem atendimento ambulatorial especializado. A visita teve a duração de aproximadamente uma hora, sendo que ao final deixamos marcado uma visita para a semana seguinte.

#### **IIª ASSISTÊNCIA**

Realizamos a assistência no dia 09/05/2001, às 16:00 horas, na residência do paciente que encontrava-se novamente internado no IPQ. Fomos recebidas pela sua esposa

que encontrava-se em casa com as duas filhas. Questionada sobre o motivo pelo qual o paciente retornou ao hospital, ela nos relatou que **Ipê roxo** ficou nervoso e irritado em casa porque não conseguia andar, falar ou se alimentar devido aos efeitos da medicação. Orientamos que o mesmo permanecerá internado até que se consiga estabelecer uma dose adequada para que estes efeitos diminuam. Ao término da assistência a esposa relatou que através da assistência domiciliar passou a conhecer mais sobre a doença do marido.

### **IIIª ASSISTÊNCIA (25/05/2001)**

Chegamos a sua residência por volta das 15:00 horas. Fomos recebidas por ele, sua esposa e suas duas filhas. O paciente havia recebido alta à dois dias e quando chegamos estava reformando o telhado da casa do seu irmão. **Ipê roxo** e sua esposa nos relataram que o mesmo está bem e que a medicação não estava mais provocando os efeitos colaterais.

O paciente nos relatou que no dia seguinte iria ao Hospital Regional solucionar o problema da lesão em sua perna. Nos mostrou o encaminhamento que tinha para procurar a continuidade do tratamento no NAPS, onde nós ressaltamos a importância em fazê-lo. **Ipê roxo** aparentava estar feliz em estar em casa e com sua família.

**Obs:** O codinome de Ipês, adotado para os pacientes, refere-se ao fato da representação de uma árvore frondosa, que embeleza o ambiente mesmo após perder as suas folhas no outono. Comparamos aos pacientes, pois apesar de estarem internados, mesmo no momento mais crítico de sua doença não deixam de ser seres humanos, os quais tem muito a nos ensinar. E como as árvores que perdem as folhas no outono e voltam a florir na primavera fechando mais um ciclo de sua existência, assim são os pacientes, que após o momento mais crítico da doença, voltam a realidade para cumprir ativamente o fechamento deste ciclo.

### **VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS:**

**Paciente F<sub>10</sub>** - Fechamos o contrato com o paciente e logo após entramos em contato com a sua família, para agendarmos uma possível visita domiciliar. Ao primeiro contato a mãe do paciente mostrou-se receptiva e disposta a aceitar a nossa proposta, agendamos o dia e a hora da assistência, 19/04/2001.

Fomos até a residência do paciente no dia e hora combinada, mas chegando lá, percebemos que todos haviam saído de casa, o que tornou impossível o nosso trabalho. Ao tentar novo contato com a família, a mesma mostrou-se desinteressada.

**Paciente F<sub>7</sub>** - No dia 10/05/2001, realizamos a visita domiciliar a família do paciente (pois o mesmo se encontra internado há quase um ano, sob júdice), no bairro Agrônômica. Conversamos com seu irmão que é proprietário de um estabelecimento comercial neste bairro, o qual nos relatou que o paciente não tem condições de permanecer em casa, porque não aceita a medicação, caminha a esmo pelas ruas e agride pessoas. Pelo que podemos observar durante a conversa com seu irmão, chegamos à conclusão de que não existe mais vínculo da família com o paciente e que para eles é mais cômodo a permanência do paciente no hospital.

Essa visita foi realizada a pedido da equipe da I<sup>ª</sup> UIM, que sentiu a necessidade em conhecer a relação do paciente com a família, e o porquê da dificuldade do paciente em se manter em casa, já que o mesmo tinha licença para sair do hospital nos finais de semana, sob ordem judicial.

**Paciente A<sub>1</sub>** - Realizamos a visita domiciliar ao paciente E. M. M., no dia 11/05, no município de Palhoça. Chegamos por volta das 8:00 horas da manhã, onde fomos recebidas pela esposa do paciente que não permitiu nossa entrada na residência, alegando que a casa era de sua mãe e estava em reforma. A mesma nos relatou que o paciente não está aceitando a medicação devido aos seus efeitos colaterais (impotência). Questionamos a esposa, sobre como ela está lidando com esta situação e a mesma nos referiu que fornece a medicação ao paciente nos alimentos, sem que ele perceba, e dá continuidade a esta relação matrimonial porque sente pena do mesmo como ser humano.

Orientamos o paciente e a esposa quanto a continuidade do tratamento ambulatorial no CAPS, (já que o mesmo era cadastrado), buscando atendimento psiquiátrico para esclarecimentos sobre os efeitos da medicação e possíveis substituição dos mesmos.

**Paciente L<sub>5</sub>** (22/05/2001) - Chegamos à residência do paciente com dificuldade, pois o endereço apesar de correto, foi insuficiente. Perguntamos a várias pessoas que passavam pela rua, até que conseguimos encontrar a sua casa. Veio ao nosso encontro, pedindo que entrássemos. Sua casa é de madeira com três cômodos (quarto, cozinha e banheiro), tendo

somente os móveis necessários (cama, colchão, guarda-roupa, berço, fogão, armário). Reside na casa com sua esposa e sua filha de nove meses. Sua esposa nos relatou que o paciente não aceita tomar a medicação, devido aos seus efeitos colaterais, "ele anda como um robô". O envelope contendo a medicação permanecia lacrado e anexado a ele o encaminhamento para o NAPS.

O paciente já estava em casa há quinze dias e não estava fazendo o uso da medicação. Esclarecemos e explicamos a importância da continuidade do tratamento e da necessidade do mesmo em tomá-la. O paciente nos prometeu que iria tomar a medicação e procurar junto com a esposa o serviço de atendimento do NAPS. Marcamos uma segunda visita para dois dias após este encontro. No dia 24/05/2001 retornamos a sua casa, por volta das 10:00 horas e encontramos o paciente dormindo. Chamamos pelo paciente e o mesmo veio ao nosso encontro, nos relatando que ainda não havia procurado o NAPS, pois não tinha dinheiro para o ônibus e que estava tomando a medicação em dias alternados.

Depois de reforçarmos a importância do uso correto da medicação, pedimos que nos acompanhasse até o serviço encaminhado. Chegando lá, fomos muito bem recebidos por uma psicóloga, que nos apresentou as dependências do NAPS, marcando uma consulta com outro psicólogo para o dia 30/05 às 15:00 horas. Logo após, providenciamos a passagem de ônibus para o paciente retornar a sua residência. No dia agendado chegamos a casa do paciente uma hora antes do horário da consulta no NAPS, pois alguma coisa nos dizia que o mesmo não iria comparecer. Dito e feito. O paciente estava dormindo, levantando-se sem ter a noção de que horas eram, nos dizendo que não iria à consulta, pois não tinha dinheiro para o transporte. Convidamos o paciente para nos acompanhar até o local da consulta, pois providenciariamos o passe para seu retorno. Uma das acadêmicas foi convidada a participar da consulta, sendo que no decorrer da mesma, o psicólogo pediu que a acadêmica se retirasse, pois o paciente estava constrangido em responder as perguntas feitas pelo profissional.

Logo após a consulta, com o retorno agendado para a realização de novas consultas e atividades terapêuticas, o paciente voltou para sua residência.

H. F. A - Assistência realizada dia 25/05/2001, às 13:00 horas no município de Palhoça. Ao chegar na casa do paciente, encontramos na rua um de seus irmãos que nos recebeu e nos encaminhou a casa ao lado (casa do seu primo), não permitindo que entrássemos na casa do paciente, pois ambos possuem outro irmão com transtorno mental que estava em surto e agressivo. Sendo assim nos reunimos com o paciente, sua mãe e irmão, na referida casa. H. F. A. segue o tratamento, aceitando bem a medicação.

A família apresenta uma certa resistência em manter a continuidade do tratamento ambulatorial no CAPS de ambos os pacientes, devido ao fato de acharem que o acompanhamento neste serviço não é eficaz no caso deles, por apresentarem o transtorno a mais de vinte anos, e pela demora no atendimento dos pacientes.

Reforçamos junto a família a importância da manutenção do tratamento através do acompanhamento que se dá com terapia ocupacional, consultas com a enfermeira e psiquiatra em nível ambulatorial, mantendo desta forma um controle da doença, evitando novas reinternações.

**Paciente A<sub>15</sub>** - Ao tentarmos realizar a visita domiciliar com o paciente, fomos impedidas pelo fato de estarmos nos dirigindo a um local perigoso e de difícil acesso, não conseguindo entrar em contato com o paciente e sua família.

**Obs:** Em nosso projeto assistencial, tínhamos como objetivo iniciar a assistência domiciliar durante o período em que o paciente se encontrava internado. Por se tratar de algo inovador na prática da assistência, as famílias sentiram-se invadidas e com receio de se exporem, não entendiam o porquê da assistência domiciliar, se o foco principal era o paciente e o mesmo não estaria presente. Devido a este fato, resolvemos então, estender a assistência ao paciente somente após sua alta, aumentando assim o número de pacientes e assistências realizadas a cada um deles.

Consideramos como assistência domiciliar o cuidado prestado ao paciente em mais de um encontro, e a visita domiciliar um único encontro realizado. No caso do **Paciente L<sub>5</sub>**, não consideramos como assistência apesar de termos realizado o cuidado através de mais de um contato, pois ao mesmo não foi aplicado o processo de enfermagem.(anexo 3 e 6)

#### Objetivo 4

• *Buscar a continuidade do atendimento ao usuário do IPQ junto ao serviço prestado pelo CAPS.*

A visita ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), situado na rua Esteves Júnior, no andar térreo da Policlínica Estadual de Saúde de Santa Catarina, foi realizada no dia 23 de abril de 2001. Fomos recebidas, pela enfermeira responsável pelas consultas de enfermagem aos pacientes psicóticos, que nos prestou informações sobre o funcionamento e os serviços fornecidos pelo CAPS.

A estrutura física disponibiliza de 2 consultórios, 2 salas para reuniões em grupo, 1 sala para atividades da terapia ocupacional (TO), depósito da TO, 1 sala/quarto para atendimento médico, cozinha, banheiro dos funcionários e dos pacientes.

O CAPS de Florianópolis atende a pacientes psicóticos e /ou dependentes químicos, de 21 municípios de Santa Catarina, sendo que este serviço não é credenciado pelo Ministério da Saúde. O paciente dá entrada ao serviço, acompanhado da família, sozinho ou encaminhado pelo IPQ. No momento o serviço de triagem do CAPS encontra-se fechado para novos cadastramentos, devido a falta do profissional médico psiquiátrico, sendo assim, somente os pacientes já cadastrados são atendidos. Atualmente estão cadastrados no CAPS mais de 4 mil pacientes, que recebem atendimento individual ou em grupo.

O programa de psicóticos destina-se ao atendimento de indivíduos portadores de diagnóstico de ordem psiquiátrica, contidos no CID 10, Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 - F99). A maioria, dos pacientes novos são egressos de internações psiquiátricas. Originam-se, principalmente, do Instituto de Psiquiatria (IPQ) e do Instituto São José. Esporadicamente são agendados por demanda espontânea.

O CAPS conta com atendimento de psicólogo, enfermeiro, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Em crise, o atendimento ao paciente é semanal, ou conforme necessidade. Do contrário o atendimento é mensal, sendo a demanda maior 3ª, 4ª e 5ª feira. O programa



de atendimento aos psicóticos é realizado no período matutino e aos dependentes químicos é realizado no período vespertino.

Não foi possível manter o contato com as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase curricular que lá realizam seu TCC, devido ao pouco tempo disponível das mesmas para dar continuidade ao atendimento dos pacientes por nós encaminhados, em função de termos dificuldade para encontrar pacientes que preenchessem nossos requisitos e elas, já estarem comprometidas com outros pacientes.

Na tentativa de propiciar a continuidade do tratamento ao paciente psiquiátrico, buscamos a integração do mesmo e sua família junto ao CAPS. Por motivo de não funcionamento do serviço de triagem do CAPS, conforme citado acima, a continuidade do tratamento aos pacientes por nós encaminhados, deu-se somente àqueles que já eram cadastrados no mesmo. Ressaltando que dos 9 pacientes os quais estendemos o atendimento em nível domiciliar, somente três foram encaminhados para dar continuidade ao tratamento ambulatorial. Os demais pacientes foram encaminhados para dar continuidade ao tratamento a nível ambulatorial, no Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS).

Primeiramente ressaltávamos a importância de um acompanhamento à nível ambulatorial, para a eficácia e manutenção do tratamento, no momento da assistência domiciliar. Num segundo encontro, questionávamos sobre a procura ou não do serviço ambulatorial por parte do paciente e família. Caso o paciente demonstrasse algum tipo de resistência, por qualquer motivo, nós mesmas o acompanhávamos até a instituição (CAPS ou NAPS, conforme encaminhamento do serviço social).

#### Objetivo 5

• *Estimular os funcionários do turno de estágio na criação de um momento de bem-estar da equipe.*

À medida em que adquiríamos mais segurança e nos interávamos do dia a dia dos funcionários da Iª UIM, passamos a conhecer um pouco mais de cada um, o que propiciou

um clima agradável para a realização do estágio. Durante as reuniões de equipe que acontecem mensalmente, fizemos a leitura de mensagens reflexivas, as quais foram bem aceitas e promoveram um momento de descontração da equipe. Foram realizadas um total de três reuniões de equipe de enfermagem durante o período de estágio, onde ao final lemos as seguintes mensagens, respectivamente.

### ALPINISTA

*Esta é a história de um alpinista que sempre buscava superar mais e mais desafios. Ele resolveu depois de muitos anos de preparação, escalar o Aconcágua. Mas ele queria a glória somente para ele, e resolveu escalar sozinho sem nenhum companheiro, o que seria natural no caso de uma escalada desta dificuldade. Ele começou a subir e foi ficando cada vez mais tarde, porém ele não havia se preparado para acampar, resolveu seguir a escalada decidido a atingir o topo. Escureceu, e a noite caiu como um breu nas alturas da montanha, e não era possível mais enxergar um palmo a frente do nariz, não se via absolutamente nada. Tudo era escuridão, zero de visibilidade, não havia lua, e as estrelas estavam cobertas pelas nuvens. Subindo por uma "parede" a apenas cem metros do topo ele escorregou e caiu.... caía a uma velocidade vertiginosa, somente conseguia ver as manchas que passavam cada vez mais rápidas na mesma escuridão, e sentia a terrível sensação de ser sugado pela força da gravidade. Ele estava caindo.... e nesses angustiantes momentos, passaram por sua mente todos os momentos felizes e tristes que ele já havia vivido em sua vida.... de repente ele sentiu um puxão forte que quase o partiu pela metade... SHACK! Como todo alpinista experimentado, havia cravado estacas de segurança com grampos a uma corda comprida que fixou em sua cintura. Nesses momentos de silêncio, suspenso pelos ares na completa escuridão, não sobrou para ele nada do que gritar:*

*Ó MEU DEUS ME AJUDE!!!*

*De repente uma voz grave e profunda vinda do céu respondeu:*

*QUE VOCÊ QUER DE MIM MEU FILHO?*

*Me salve meu Deus por favor!!!*

*VOCÊ REALMENTE ACREDITA QUE EU POSSA TE SALVAR?*

*Eu tenho certeza meu Deus!!*

*ENTÃO CORTE A CORDA QUE TE MANTÉM PENDURADO....*

*Houve um momento de silêncio e reflexão. O homem se agarrou mais ainda à corda e refletiu que se fizesse isto morreria...*

*Conta o pessoal de resgate que no outro dia encontrou um alpinista congelado... morto... agarrado com força... com as suas duas mãos a uma corda...*

*A TÃO SOMENTE DOIS METROS DO CHÃO.....*

*E VOCÊ? Está segurando firmemente em sua corda?*

*POR QUE VOCÊ NÃO A SOLTA?*

*(autor desconhecido)*

*FALE DE AMOR, A LINGUAGEM DO CORAÇÃO*

*Feche os olhos, os olhos do corpo e abra os olhos da alma. Abra o seu coração, abra-o e só então olhe a sua volta, a sua frente há uma pessoa, mas o que é ser pessoa?*

*Quantas vezes você olhou para alguém com um olhar de pedidos como: SOCORRO! TÔ PEDINDO AJUDA! PODES ME OUVIR? E ao contrário, quantas vezes olhastes para alguém e através do olhar dissestes: EI, PODES CONTAR COMIGO! EU ESTOU AQUI!*

*A tua mão é freqüentemente usada para apontar as falhas, os tropeços, as quedas do outro. Seria possível experimentar estendê-la ao outro para ajudá-lo a se reerguer? Para oferecer o afago a alguém desesperado precisando de um aconchego?*

*A tua boca expressa raiva, irritação, a tua necessidade de falar, às vezes, palavras rudes, ofensivas, críticas e insultos que magoam profundamente o outro. Porque não parar, respirar fundo e pensar se estas palavras vão contribuir em alguma coisa? Podes usar o Dom da palavra para conter uma lágrima de dor, para fazer lembrar um sorriso, há muito já esquecido, podes usar este Dom para falar, para levar ao outro amor. Mas, sobretudo, podes deixar de ser cego, o cego que não quer enxergar a beleza das flores, a alegria de um sorriso, a emoção de uma lágrima; podes deixar de ser surdo, o surdo que não quer ouvir o canto dos pássaros, o som gostoso das gargalhadas da felicidade, que recusa a dádiva que o outro oferece de ser seu confidente por não querer ouvi-lo; podes deixar de ser mudo, o mudo de palavras ternas, afetuosas, que somente consegue murmurar ofensas, egoísmo, superficialidade, o negativismo...; podes deixar de ser tanta coisa, mas que tal não deixar de ser SER HUMANO, PESSOA, alguém que chora, canta, ri, ouve, lamenta, festeja, acolhe, "pede colo", alguém que tem falhas e que tem um único desejo: aprender, aprender a amar e ser feliz.*

*Edimar V. Soares*

*A ÁGUIA E A GALINHA*

*"Um camponês criou um filhotinho de águia junto com suas galinhas. Tratando da mesma maneira que tratava as galinhas, de modo que ela pensasse que também era uma galinha. Dando a mesma comida jogada no chão, a mesma água num bebedouro rente ao solo, e fazendo-a ciscar para complementar a alimentação, como se fosse uma galinha. E a águia passou a se portar como se galinha fosse. Certo dia, passou por sua*

*casa um naturalista, que vendo a águia ciscando no chão, foi falar com o camponês: - Isto não é uma galinha, é uma águia?*

*O camponês retrucou: - Agora ela não é mais uma águia, agora ela é uma galinha!*

*O naturalista disse: - Não, uma águia é sempre uma águia, vamos ver uma coisa...*

*Levou-a para cima da casa do camponês e elevou-a nos braços e disse: - Voa, você é uma águia, assuma a sua natureza! Mas a águia não voou, e o camponês disse: - Eu não falei que agora era uma galinha!*

*O naturalista disse: - Amanhã, veremos...*

*No dia seguinte, logo de manhã, eles subiram até o alto de uma montanha. O naturalista levantou a águia e disse: - Águia, veja este horizonte, veja o sol lá em cima, e os campos verdes lá em baixo, veja, todas estas nuvens podem ser suas. Desperte para sua natureza, e voe como águia que és...*

*A águia começou a ver tudo aquilo, e foi ficando maravilhada com a beleza das coisas que nunca tinha visto, ficou um pouco confusa no início, sem entender o porquê tinha ficado tanto tempo alienada. Então ela sentiu seu sangue de águia correr nas veias, perfilou, devagar, suas asas e partiu num vôo lindo, até que desapareceu no horizonte azul."*

*Criam as pessoas como se galinhas fossem, porém, elas são águias. Por isso, todos podemos voar, se quisermos.*

*Voe cada vez mais alto, não se contente com os grãos que lhe jogam para ciscar.*

*Nós somos águias, não temos que agir como galinhas, como querem que a gente seja. Pois com uma mentalidade de galinha fica mais fácil controlar as pessoas, elas abaixam a cabeça para tudo, com medo.*

*Conduza sua vida de cabeça erguida, respeitando os outros, sim, mas com medo, nunca!*

*(autor desconhecido)*

No decorrer do estágio registrávamos no livro de ocorrências mensagens positivas para que ao ler as intercorrências do plantão, os funcionários encontrassem palavras de esperança, otimismo e afeto para enfrentar o seu dia de trabalho. Seguem abaixo as mensagens registradas:

*"Passamos a amar não quando encontramos uma pessoa perfeita, mas quando aprendemos a ver perfeitamente uma pessoa imperfeita." (autor desconhecido)*

*"Aprecia o amigo, mas também o inimigo tem serventia. O amigo me mostra o que posso fazer, o inimigo, o que devo fazer." \*Schiller*

*"Sou livre quando consigo convencer os outros da minha verdade, sem os vencer, nem humilhar". Juan Árias*

*"Cada fracasso ensina ao homem algo que ele precisa aprender."  
\*Charles Dickens*

*"É o outro que me dá referência de que nem sou o anão dos meus pesadelos nem o gigante dos meus sonhos." (autor desconhecido)*

*"A rosa também se muda do campo para o deserto, de longe também se ama quem não se pode amar de perto." (autor desconhecido)*

*"Ha três coisas na vida, que não voltam atrás: a água que move moinhos, a seta desprovida e a oportunidade perdida." (autor desconhecido)*

*"Todas as coisas que amo, deixo-as livres. Se forem e voltarem, é porque as conquistei. Se não voltarem, é porque nunca as tive." (autor desconhecido)*

*"Você está livre para mudar de idéia e escolher um futuro com um passado diferente." (autor desconhecido)*

*"Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível para os olhos".  
(pequeno príncipe)*

*"Não dê as costas a possíveis futuros, antes de ter certeza de que não tem nada a aprender com ele." (autor desconhecido)*

*"Todo mundo ama um dia, todo mundo chora. Um dia a gente chega, no outro vai embora. Cada um de nós compõem a sua história e cada ser em si carrega o Dom de ser capaz e feliz..." Almir Sater*

No decorrer do estágio promovemos junto aos pacientes atividades terapêuticas, através da confecção de cartazes, usando técnicas de recortes e colagens. Estes eram elaborados e fixados na unidade pelos próprios pacientes, contendo mensagens direcionadas aos funcionários. A realização desta atividade tinha o seguinte plano:

### **PLANO PARA A CONFECÇÃO DE CARTAZES**

Objetivo geral: estimular os pacientes na elaboração e confecção de cartazes com mensagens positivas para serem fixados na unidade.

---

\* \* Frases retiradas de panfletos e agendas

Objetivos específicos:

- ♦ estimular o paciente durante a atividade educativa a confeccionar os cartazes;
- ♦ A escolha do assunto será feita pelos próprios pacientes;
- ♦ Estimular o paciente quanto ao reconhecimento do trabalho do funcionário na unidade;
- ♦ Proporcionar uma atividade, além das já existentes na unidade, promovendo um momento de descontração, interação com outros pacientes, e mudança da rotina;
- ♦ Estimular a atividade psicomotora que fica prejudicada devido aos efeitos da medicação.

Metodologia: a confecção dos cartazes será realizada ao longo do estágio, durante o grupo de atividade educativa. O assunto abordado em relação aos funcionários será de sugestão dos pacientes, onde os mesmos irão escolher, recortar, colar e fixar os cartazes na unidade, que contenham frases e gravuras retiradas das revistas. Sendo ao término assinada a autoria.

Avaliação: cumprimos o nosso objetivo a partir do momento em que os pacientes aceitaram participar da confecção dos cartazes.

Ao todo, foi possível realizar a confecção de apenas três cartazes, pois conforme andamento de estágio e agendamento das visitas, como também a presença de outro grupo de estágio curricular na unidade e retorno da estagiária de psicologia, que começou a agendar consultas, o nosso espaço e tempo tornaram limitado.

Os três cartazes confeccionados pelos pacientes abordaram os seguintes assuntos, respectivamente:

1º cartaz: teve como tema agradecimentos aos funcionários pelo carinho, atenção, cuidado e dedicação nos cuidados com os mesmos. Participaram da atividade 10 pacientes, que se mostraram interessados e empolgados em relação à atividade. Todos expressaram a vontade de deixar a sua mensagem.

2º cartaz: o tema escolhido foi com o que gostariam de presentear os funcionários e porque. A atividade contou com a presença de treze pacientes, sendo que durante a

atividade, alguns se retiraram da sala, restando ao final apenas oito pacientes. Alguns dos funcionários foram homenageados e presenteados com gravuras.

3º cartaz: o tema escolhido foi homenagem ao dia das mães, por estarmos no início do mês de maio. Alguns dos pacientes não aceitaram participar, porque suas mães já haviam falecido e por não serem casados. Esta atividade contou com a participação de quatorze pacientes. Durante a confecção dos cartazes foram recortadas figuras de mulheres grávidas e mães com bebês, como também presentes do tipo celulares, casas, carros, jóias e bolsas, entre outros.

Também no mês de maio, participamos junto com os pacientes da confecção de cartões para o dia das mães, que foram enviados pela terapeuta ocupacional aos devidos endereços. Contamos com a presença de doze pacientes dentre os quais, alguns mandaram cartões para suas mães e suas esposas.

Além dos nossos objetivos propostos, realizamos duas atividades educativas com os pacientes, onde tratamos de assuntos de higiene corporal e bucal, uso da medicação, participação das atividades da enfermaria, regras da unidade (como não trocar e negociar objetos, não fumar, respeitar horário das atividades, não riscar parede, manter a unidade limpa), como também realizamos o grupo de alta.

### **PLANO PARA A ATIVIDADE EDUCATIVA**

Objetivo geral: reforçar a importância do auto- cuidado, da manutenção, da limpeza da unidade e cuidados pós alta.

Objetivos específicos:

- ♦ Orientar e estimular o paciente a realizar higiene corporal diariamente, enfatizando o bem estar que este cuidado proporciona (banho, cortar as unhas, fazer a barba, escovação de dentes);
- ♦ Incentivar a participação na limpeza da unidade, mantendo o ambiente limpo e promovendo uma atividade terapêutica;
- ♦ Estimular a continuidade do tratamento, realizando no domicílio as atividades exercidas na enfermaria;

- ♦ Reforçar a manutenção da terapia medicamentosa após a alta promovendo a continuidade do tratamento.

Metodologia: foram confeccionados cartazes a respeito das temáticas já referidas. Os pacientes que participarão do grupo serão aqueles que não estiverem em consulta médica e ou em atividade com a terapeuta ocupacional. Ao final os pacientes serão estimulados a comentar sobre os temas apresentados. Dentre os pacientes presentes, será selecionado o mais participativo para realizar o próximo grupo.

Avaliação: nosso objetivo será cumprido quando os pacientes tiverem consciência da importância na realização desses cuidados.

#### **Primeiro grupo de atividade educativa: dia 10/04/2001.**

Estiveram presentes oito pacientes e a enfermeira da unidade. Expusemos os assuntos já mencionados, abrindo espaço para comentários sobre os temas e dúvidas. Ao final, questionamos os pacientes sobre o que acharam do grupo e eles relataram interesse em participar dos próximos encontros.

#### **Segundo encontro de atividade educativa: dia 17/04/2001**

Contamos com a presença de quatorze pacientes. Neste encontro dois pacientes foram os palestrantes, onde expuseram os assuntos aos demais com boa aceitação e participação.

#### **PLANO DO GRUPO DE ALTA**

Objetivo geral: orientar o paciente quanto aos cuidados que devem ter na continuidade do tratamento após a alta hospitalar.

##### Objetivos específicos:

- ♦ Reforçar para o paciente a importância do uso contínuo da medicação em nível domiciliar;
- ♦ Salientar a importância de manter uma atividade diária, auxiliando nas atividades domésticas, proporcionando uma ocupação ao paciente;



- ♦ Verificar o conhecimento que o paciente tem em relação aos sintomas do surto;
- ♦ Explicar ao paciente sobre a necessidade de manter um acompanhamento ambulatorial para a manutenção do seu tratamento;
- ♦ Reforçar ao paciente para que após a alta comece aos poucos a se reintegrar a sociedade.

Metodologia: reuniremos os pacientes que estiverem de alta hospitalar e verificaremos seus conhecimentos em relação aos cuidados domiciliares.

Avaliação: obteremos sucesso quando conseguirmos passar as informações aos pacientes.

#### **Encontro do grupo de alta: dia 03/05/2001**

Foi realizado às 10:30 horas da manhã com a presença de sete pacientes e teve a duração de trinta minutos. Os pacientes foram orientados quanto ao uso da medicação no domicílio e sua importância na manutenção do tratamento, assim como a prática de atividades na comunidade com posterior retomada de seus empregos, na medida do possível. Questionamos os pacientes quanto aos seus conhecimentos em relação aos sinais de manifestação dos sintomas do transtorno e o que fazer caso ocorram. Os pacientes demonstraram bastante interesse e cooperação durante a exposição do assunto.

**Obs:** nosso objetivo era de realizar este encontro diariamente, mas devido aos pacientes estarem envolvidos em outras atividades da enfermaria, tornou-se difícil reuni-los em uma sala. Sendo assim, passávamos as informações durante a visita que realizávamos todas as manhãs (cada acadêmica com um determinado número de pacientes).

Como já mencionado anteriormente, participamos das reuniões de equipe de enfermagem, sendo que na primeira nos apresentamos e expusemos os propósitos de nosso projeto. Na segunda apresentamos um seminário sobre esquizofrenia e na terceira reunião realizamos uma oficina sobre RPP. Também realizamos durante a manhã (no horário de trabalho) duas oficinas de relaxamento corporal propiciando a integração da equipe. Além da equipe de enfermagem, participaram também da oficina, estagiários de enfermagem e psicologia, assistente social e terapeuta ocupacional.

A primeira oficina foi realizada no dia 24/05 às 13:00 h, durante a reunião da equipe de enfermagem, com a participação de sete funcionários e a enfermeira da unidade. Já o seminário de esquizofrenia foi realizado no dia 27/04 com a participação de quinze funcionários, a enfermeira da unidade e a nossa orientadora. Segue abaixo o plano da oficina e do seminário.

### **PLANO DO SEMINÁRIO DE ESQUIZOFRENIA**

Objetivo geral: propiciar à equipe de enfermagem da IªUIM, através de um seminário, uma visão geral sobre esquizofrenia e os principais cuidados de enfermagem a serem prestados aos pacientes que sofrem com este transtorno.

Objetivos específicos:

- ♦ Expor para a equipe de enfermagem através de uma palestra os aspectos gerais da esquizofrenia;
- ♦ Verificar através de questionamentos seus conhecimentos sobre a temática apresentada;
- ♦ Levar ao conhecimento da equipe noções de como prestar uma assistência eficiente ao paciente com esquizofrenia.

Metodologia: após concluída a revisão bibliográfica, apresentaremos um seminário ao término da reunião da equipe de enfermagem que acontece mensalmente, onde são discutidos assuntos pertinentes a IªUIM. A dinâmica da apresentação será de forma expositiva, sendo que ao final será dado um espaço para possíveis questionamentos.

Avaliação: nosso objetivo será cumprido a partir do momento em que conseguirmos espaço para a realização de um seminário onde os funcionários estejam presentes.

### **PLANO DA OFICINA**

Objetivo geral: propiciar à equipe de enfermagem um momento de descontração e relaxamento, como também prestar esclarecimentos sobre um dos nossos objetivos, que trata da RPP.

Objetivos específicos:

- ♦ Fazer a exposição do que é a RPP e de como realizá-la;
- ♦ Promover a participação dos funcionários no assunto, através de debates e questionamentos;
- ♦ Propiciar o esclarecimento sobre a nossa conduta junto ao paciente;
- ♦ Proporcionar um momento de relaxamento e descontração junto aos funcionários,
- ♦ Estimular a interação dos funcionários,

Metodologia: ao término da reunião da equipe de enfermagem, iremos expor o tema RPP, onde após a exposição, abriremos um espaço para questionamentos, na tentativa de suprir todas as dúvidas e questionamentos possíveis.

Em um momento à parte reuniremos os funcionários do turno matutino e realizaremos a atividade de relaxamento corporal com música ambiente. Após o relaxamento será entregue a cada funcionário um bombom com o nome de seu colega, e este deverá verbalizar seus sentimentos em relação a esse colega, e ao final do relato deverá abraçá-lo e entregar o bombom.

Avaliação: nosso objetivo será atingido quando os funcionários aceitarem a dinâmica e comparecerem ao encontro.

Ao término da realização das oficinas e da apresentação do seminário, tivemos retorno à medida em que os funcionários se mostraram participativos e envolvidos na dinâmica. Foram feitos comentários como os registrados abaixo:

*"É interessante vocês trazerem este tipo de atividade para a unidade, pois no dia a dia, muitas vezes, na correria, nos esquecemos de falar para o outro o que sentimos."*

*"É legal alguém trazer algo novo para sairmos da rotina, uma espécie de incentivo."*

*"Este trabalho realizado por vocês é muito bom, deveria haver mais grupos de estágio, que permanecessem por mais tempo, pois só assim aprendemos muito com vocês e vocês com a gente."*

*"É um momento para que a gente reflita o que realmente sentimos sobre os nossos colegas."*

Em relação a oficina sobre RPP, fomos questionadas se na IªUIM percebíamos essa relação, ou se estava muito longe da mesma ocorrer?

Diante do questionamento, respondemos que na IªUIM existe uma boa relação paciente/funcionário, sendo que cada um tem uma maneira de interagir com o paciente, nunca esquecendo que ele é um ser único, sendo que isto é demonstrado através dos comentários dos próprios pacientes. Dando seguimento ao questionamento, começamos a dialogar sobre o tratamento com os pacientes, modo de abordagem e atuação da família durante a internação. No final agradecemos aos funcionários pela compreensão e apoio durante o estágio e nos despedimos por ser esta a última semana. Encerramos com uma confraternização.

Semanalmente destacávamos um funcionário que se sobressaía na qualidade da assistência prestada. A escolha era realizada após observarmos o funcionário durante a realização do cuidado e sua abordagem junto aos pacientes, durante o período de estágio. Os critérios que utilizamos para a escolha foram: paciência, bom humor, dedicação, atenção, modo de abordagem, cooperação, disposição, iniciativa, tipo de relacionamento com o paciente, interação com a unidade, respeito, valorização e confiança.

Após realizada a escolha do funcionário, fixávamos o seu nome no mural dentro do posto de enfermagem, surtindo efeitos positivos, pois os funcionários sentiam-se envaidecidos e valorizados. A medida em que íamos destacando os funcionários, surgiam comentários do tipo:

*"Eu não imaginava ser o escolhido, obrigado!"*

*"Eu já sabia que iria ser ele."*

*"Ele outra vez. E eu quando vou ser o escolhido?"*

*"O que falta eu fazer para ser o escolhido?"*

*"Eu vou começar a trazer dez cortadores de unha amanhã para realizar a higiene dos pacientes, para ser o escolhido."*

*"Caso eu não seja o escolhido, ao final do estágio sairão daqui três loiras."*

*"Não vale! Só o pessoal da manhã é que é escolhido."*

*"Vou mudar minha abordagem com os pacientes, porque o que começa errado, termina errado."*

Além desses comentários, observamos também uma notável mudança no comportamento dos funcionários em relação ao cuidado com os pacientes. O estímulo realizado com os funcionários, chamou a atenção da enfermeira chefe do hospital e da enfermeira supervisora da unidade, que nos elogiaram e salientaram tratar-se de uma prática importante e de grande valia, pois incentiva o funcionário a ter crítica sobre a assistência que está prestando, a qual no dia a dia torna-se despercebida.

Foram escolhidos os funcionários de acordo com os seguintes aspectos: (anexo 2)

*Adilson: dedicação, atenção, valorização, respeito, confiança;*

*Ivone: cuidadosa, carinhosa, cooperação, super mãe;*

*Maria das Neves: dedicação, disposição, iniciativa;*

*Sônia: atenciosa, preocupada, carinhosa;*

*Luíz Nilton: atenção, cooperação;*

*Edélio: bom humor, respeito, dedicação, atenção, confiança.*

## **Objetivo 6**

• *Realizar visita a outras Instituições Psiquiátricas com o objetivo de conhecer diferentes realidades.*

No primeiro momento buscamos a autorização junto as instituições as quais desejávamos conhecer, para o encaminhamento da visita. Salientando no entanto, que nas duas visitas realizadas o deslocamento deu-se por nossa conta, dispensando a ajuda de custo, pois as visitas foram realizadas na Grande Florianópolis.

## **PLANO DAS VISITAS**

Objetivo geral: conhecer o modelo de assistência de outras instituições no tratamento do paciente psiquiátrico.

Objetivos específicos:

- ♦ conhecer o ambiente de atendimento em seus aspectos gerais;
- ♦ verificar o funcionamento da unidade em relação a consulta psiquiátrica, psicologia, terapia ocupacional e visita familiar;
- ♦ conhecer de que maneira se dá o processo de internação e o tipo de clientela atendida;
- ♦ buscar informações sobre o funcionamento do serviço ambulatorial;

Metodologia: primeiramente procuramos entrar em contato com a instituição através da enfermeira responsável, na tentativa de agendar a visita à unidade de Internação Psiquiátrica (UP), e à Clínica Belvedere, ambas situadas no Hospital de Caridade de Florianópolis. Após autorizada nossa presença realizaremos a visita às instituições com dia e hora marcados, onde seremos recebidas pelas enfermeiras responsáveis pelo setor.

Avaliação: nosso objetivo será alcançado a partir do momento em que conseguirmos a autorização para realizar a visita.

## **RELATÓRIO DA VISITA À UNIDADE PSIQUIÁTRICA (UP)**

Realizamos a visita na UP do Hospital de Caridade, onde fomos recebidas pela enfermeira responsável, que nos apresentou a unidade e nos deu informações sobre a criação da UP. Foi inaugurada em outubro de 1994 e desenvolve um trabalho de atendimento a pessoas com transtornos psiquiátricos, sendo a primeira ala de psiquiatria em hospital geral na Grande Florianópolis. Integrada às demais especialidades médicas, conta ainda com serviço de psicologia e terapia ocupacional. Atende através de consultas ou internações de curta permanência, visando a rápida integração do paciente, evitando a sua estigmatização.

Realiza consultas com hora marcada, consultas de emergência, atende por convênios e/ou particulares. Existe um serviço de pronto atendimento 24 horas, através de um telefone especial, onde o médico decide a intervenção que irá fazer. A unidade possui uma área de 450 m<sup>2</sup>, dois consultórios médicos, dez apartamentos privativos com banheiro conjugado, posto de enfermagem, recepção, refeitório, sala de estar e TV-vídeo, sala de terapia ocupacional, biblioteca, e pátio com quadra de esportes.

A abordagem se dá através de entrevistas individuais, entrevista com a família, grupos de psicologia, grupos de terapia ocupacional, e atividades desportivas e recreativas. A assistência se dá ao sofrimento psíquico, ansiedade e angústias, medos, pânico e fobias, crises emocionais, depressão, perdas de contato com a realidade, risco de suicídio, psicoses e esquizofrenia. A unidade conta com uma equipe de dez funcionários, sendo dois funcionários por turno, cumprindo horários de seis e doze horas. A equipe médica é formada por oito profissionais, sendo que um destes realiza plantão médico de vinte e quatro horas.

#### **VISITA A CLÍNICA BELVEDERE**

Fomos recebidas na Clínica Belvedere pela enfermeira responsável, que nos acompanhou e nos deu as devidas informações sobre a mesma. Formada em 1984 no Hospital de Caridade, capacitada para atender as complicações médicas decorrentes do uso do álcool e outras drogas, a clínica é pioneira no atendimento em hospital geral no Brasil. Tem uma área de 600m<sup>2</sup>, quatro consultórios médicos, oito apartamentos duplos, unidade de desintoxicação, auditório (destinado a realização do grupo de vivências, no qual participam pacientes internados e ex-internos que sentem a necessidade de manter um vínculo com a clínica, ou terem a possibilidade de compartilhar suas vivências com outras pessoas), posto de enfermagem, recepção, refeitório, sala de estar, sala de TV, sala de leitura, biblioteca, videoteca e solário.

Existem dois sistemas de assistência:

**Ambulatorial:** através de consultas, diagnósticos clínicos e psicossociais, hospital dia, atendimento a família, grupos ambulatoriais, grupo de prevenção à recaída.

Hospitalar: internação integral, atividades físicas, seminários, hospital dia, grupos de auto ajuda e grupos de familiares.

A internação é mista, onde o paciente interna com permanência estabelecida para trinta dias, sendo que durante três dias fica na unidade de desintoxicação, sem nenhum tipo de contato familiar. Durante a internação o paciente recebe visita nas terças e quintas-feiras e finais de semana no período da tarde. Todas as segundas-feiras a enfermeira organiza um grupo entre os pacientes, onde é escolhido o coordenador das atividades semanais.

As visitas realizadas nos oportunizaram conhecer outras formas de tratamento em espaços físicos diferentes, apropriados à conduta terapêutica utilizada, assim como a diferença do nível sócio econômico da clientela que procura pelo serviço em relação a vivência que presenciamos no estágio.



## 6 CRONOGRAMA

O estágio da 8ª fase curricular compreendeu um total de 220 horas, sendo ele realizado da seguinte forma:

1. **Período de 01/03 à 21/03:** formulação do projeto e apreciação da banca.
2. **Período de 26/03 à 03/06:** realização da assistência ao cliente, família e profissionais, conforme proposta do projeto, no turno matutino, das 08h00min às 12h00min. As visitas domiciliares foram realizadas de uma a duas vezes por semana no decorrer do estágio.

[illegible]

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chegando ao final de mais uma etapa acadêmica, é válido ressaltar a importância de conhecer o contexto social no qual o paciente se insere, para prestar uma assistência de qualidade.

Sentimos falta de um embasamento teórico maior por parte da academia durante o nosso curso de graduação, no que diz respeito ao preparo em trabalhar com a família do paciente, seja qual for a patologia apresentada.

Através de nossas vivências e experiências obtivemos a confirmação da importância e da validade da RPP da teórica Joyce Travelbee no trabalhar com pessoas que apresentam transtornos mentais. Pudemos constatar a mudança de comportamento de vários pacientes para os quais prestamos a assistência, como também a mudança do nosso comportamento e de alguns membros da equipe de enfermagem frente ao paciente psiquiátrico, desmistificando tabus e eliminando preconceitos do tipo, de que, somente as pessoas consideradas "normais", é que necessitam de atenção, carinho, ou de um toque frente a uma intercorrência.

Encontramos muitas dificuldades na reintegração familiar dos pacientes. Acreditamos que tal fato tenha ocorrido em decorrência de algumas situações relacionadas a: falta de preparo da família para lidar com o paciente psiquiátrico; sentimento de invasão; acomodação ao fato do paciente encontrar-se internado, "esquecimento" do paciente; não comparecimento da família nos horários de visita, entre outras.

Ao término do nosso estágio constatamos que se faz essencial a assistência em nível domiciliar ao paciente psiquiátrico, na tentativa de prevenir recidivas através do seu acompanhamento na conduta do tratamento pós alta hospitalar. Reafirmamos a importância da família na condução do tratamento e à reintegração do paciente ao convívio social e familiar. A assistência tem por objetivo reforçar a importância do uso contínuo da medicação, esclarecer os sintomas da doença, sinais de transtorno, ação e efeitos colaterais da medicação, e orientar para que o paciente e a família procurem o serviço ambulatorial quando estes efeitos se exacerbarem a ponto de prejudicar as suas atividades cotidianas.

Constatamos também que a comunicação CAPS/IPQ, em relação à continuidade do tratamento em nível ambulatorial, é falha à medida em que não ocorre um retorno de ambos os serviços no que diz respeito às condições do paciente.

Diante de todas as experiências por nós vivenciadas durante este período, sentimos muitas vezes que podíamos fazer algo mais, ao mesmo tempo que estávamos de "mãos atadas", frente a situações de angústia e desespero enfrentadas pelos pacientes, que nos abalaram profundamente, fazendo com que questionássemos nossas reações junto aos nossos próprios enfrentamentos.

O trabalho com o paciente psiquiátrico foi muito significativo não somente para a nossa vida profissional, como também para o nosso crescimento como pessoas, no sentido de estarmos melhor preparadas quando ingressarmos no exercício da profissão, seja qual for a área de atuação. A psiquiatria contribuiu muito para o nosso aprendizado ao lidarmos com o ser humano em qualquer que seja a situação perante a qual ele se sinta incapacitado.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, Franz G., SELESNICK, Sheldon T. **História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o momento.** Traduzido por Aydano Arruda. 2ª ed.. São Paulo: Ibrasa, 1980.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa.** São Paulo: Brasil Debates, 1979.

CID 10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. 8ª ed. São Paulo: Editora USP.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria.** São Paulo: Perspectiva, 1967.

DSM - IV, **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FARIA, Cláudia D. C. de, SANCEVERINO, Sérgio L., COSTA, Eliane. **Evolução da Assistência psiquiátrica no Hospital Colônia Santana.** 1992

FENILI, Rosangela Maria. **Desvelando necessidade contrária através da assistência de enfermagem ao cliente psiquiátrico.** 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GENE, Usdin; LEWIS, Jerry M. **Psiquiatria na prática médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

GOODE, William J. **A família.** São Paulo: Pioneira, 1964.

KOLB, Lawrence C. **Psiquiatria clínica.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

FRANCISCO, Adriana Remor, et al. **Manual de Rotinas das enfermarias do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina**. Florianópolis, 1997.

MORENO, Vânia. **O processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem**, 1995, Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NEVES, E. P. GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas em Enfermagem. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10, Florianópolis, 1984. **Anais....** Florianópolis: EDUSFC, 1984.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Nascer em Família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável**, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1986.

SCÓZ, Tânia M. X.; FENILI, Rosangela M. Apostila da 7ª fase. Florianópolis, 1999 (mimeografado).

SOUZA, Carlos B. M., GRÜDTNER, Dalva I., WEISS, Elfy M. G. **Análise da Teoria de Joyce Travelbee**. Florianópolis, 1996. (mimeografado)

TAYLOR, Cecília Monau. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TALBOTT, John A., HALES Robert E., YUDOFKY, Stuart C. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

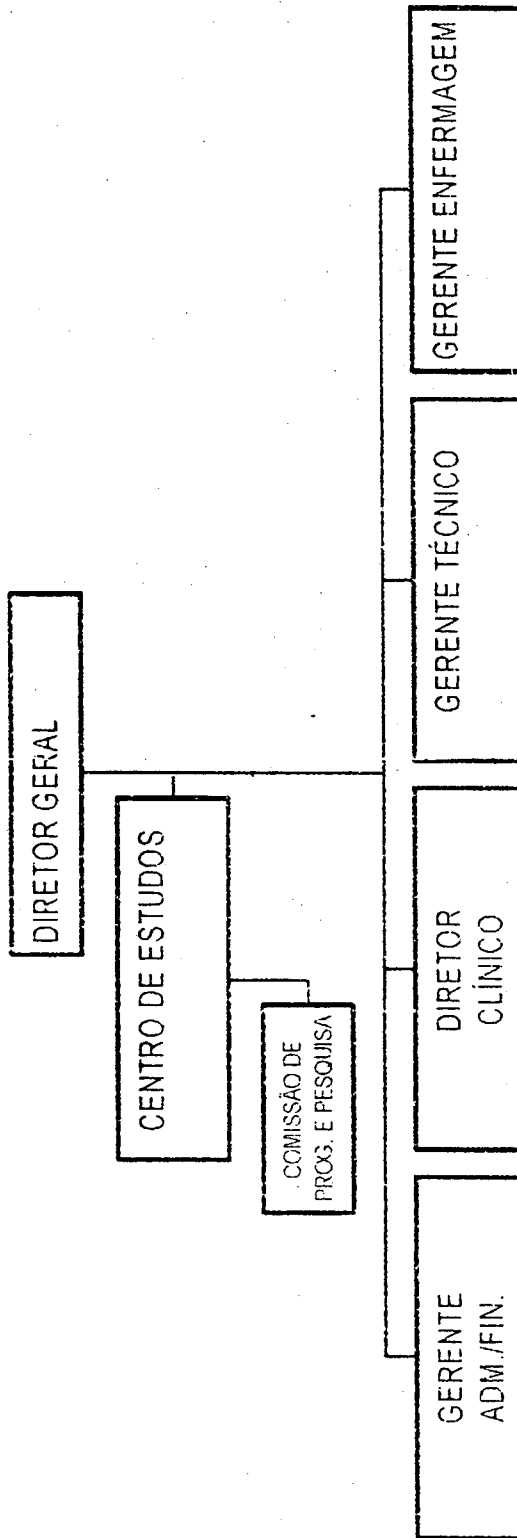
TRAVELBEE, Joyce. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Colômbia: Carvajal, 1979.

<http://www.psicanalise.virtual.nom.br/esquizofrenia.htm>.

## **9 ANEXOS**

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
ORGANOGRAMA GERAL-2000

Anexo 1: Organograma do Instituto de Psiquiatria



Anexo 2: Autorização dos funcionários

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

AUTORIZAÇÃO

Autorizo as acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da UFSC, da 8ª fase curricular, a citar o meu nome no seu trabalho de conclusão de curso, o qual foi realizado na IªUIM, no Instituto de Psiquiatria, no período de 26/03 à 03/06 do corrente ano.

<i>Funcionário</i>	<i>Assinatura</i>
Adilson de Souza	<i>Adilson de Souza</i>
Sônia T. dos Passos	<i>Sônia T. dos Passos</i>
Ivone Weber Ezequiel	<i>Ivone Weber Ezequiel</i>
Maria das Neves Schweitzer	<i>Maria das Neves Schweitzer</i>
Edélio S. Coelho	<i>Edélio S. Coelho</i>
Luiz Nilton da Silva	<i>Luiz Nilton da Silva</i>

Florianópolis, 07 de junho de 2001.



Anexo 3: Autorização do paciente

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

EU, João Felipe Ferreira  
RESIDENTE NA RUA Elcio Veiga, AUTORIZO AS  
ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DA 8ª FASE DA UFSC: ALIENCA BEATRIZ  
MALINSKI, FRANCINE NATALINE TEIXEIRA E LUCIANA SILVEIRA FARIA A FAZER  
USO DE MINHA IMAGEM E/ OU FALA PARA FINS ACADÊMICOS; SENDO QUE  
ESTES PODERÃO SER PUBLICADOS.

João Felipe Ferreira  
Assinatura da pessoa ou responsável

Florianópolis, junho de 2001.



**unesc**

Universidade  
do Extremo  
Sul Catarinense

# DIRETORIA DE EXTENSÃO E APOIO COMUNITÁRIO

## CERTIFICADO

Certificamos que **FRANCINE NATALINE TEIXEIRA** participou do simpósio

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE**, promovido pela Diretoria de Extensão e Apoio Comunitário da UNESC, realizado nos dias 20 e 21 de abril de 2001, com carga horária total de **10** (dez) horas.

Criciúma, SC, 03 de maio de 2001.

**ROSE MARGARETH REYNAUD**  
Pró-Reitora Acadêmica

**GILDDO VOLPATO**  
Diretor de Extensão e Apoio Comunitário

# CERTIFICADO



Fórum Catarinense  
Saúde Mental

**LUCIANA SILVEIRA FARIA**

Confiro o presente certificado a

pela participação no Fórum Catarinense de Saúde Mental. Saúde Mental em Santa Catarina:

Na mão ou na contra-mão da reforma psiquiátrica brasileira?

Realizado nos dias 16, 17 e 18 de maio de 2001.

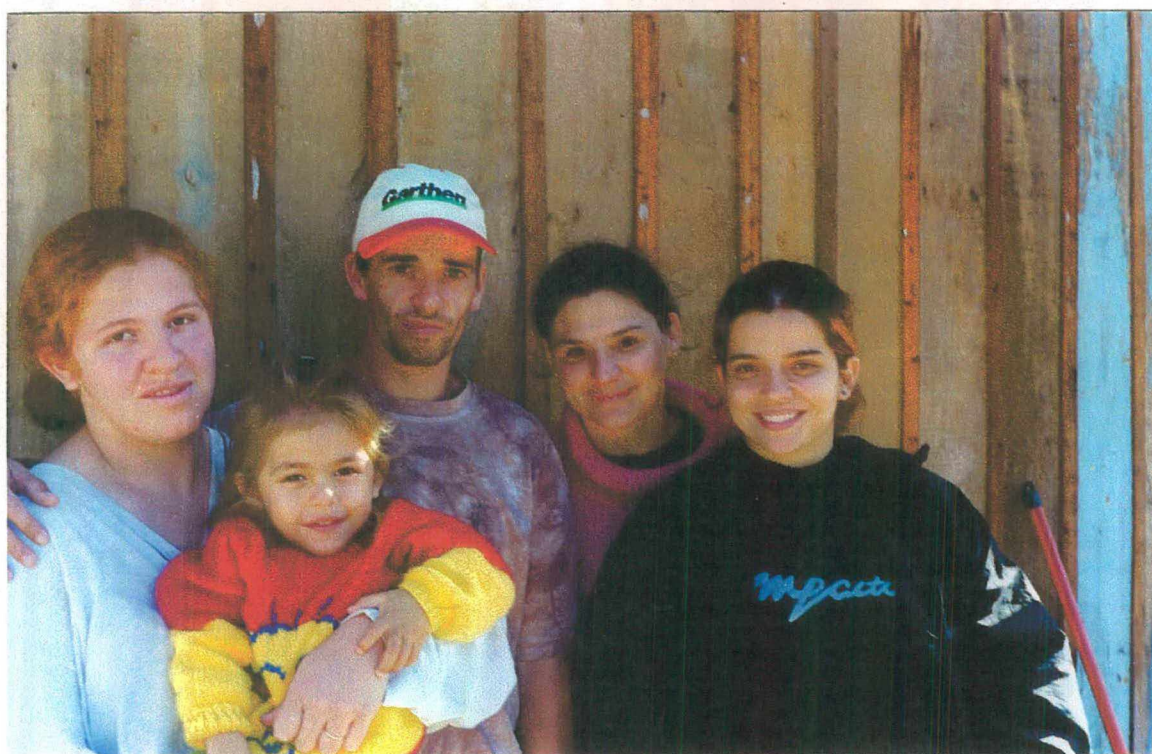
Duração de **20** horas.

Florianópolis - SC, **18** de **maio** de 2001.

Participante

Paulo Shiro Matsuo  
Presidente do Conselho Regional  
de Psicologia/SC

Anexo 6: Fotos da Assistência Domiciliar e das acadêmicas no IPQ.



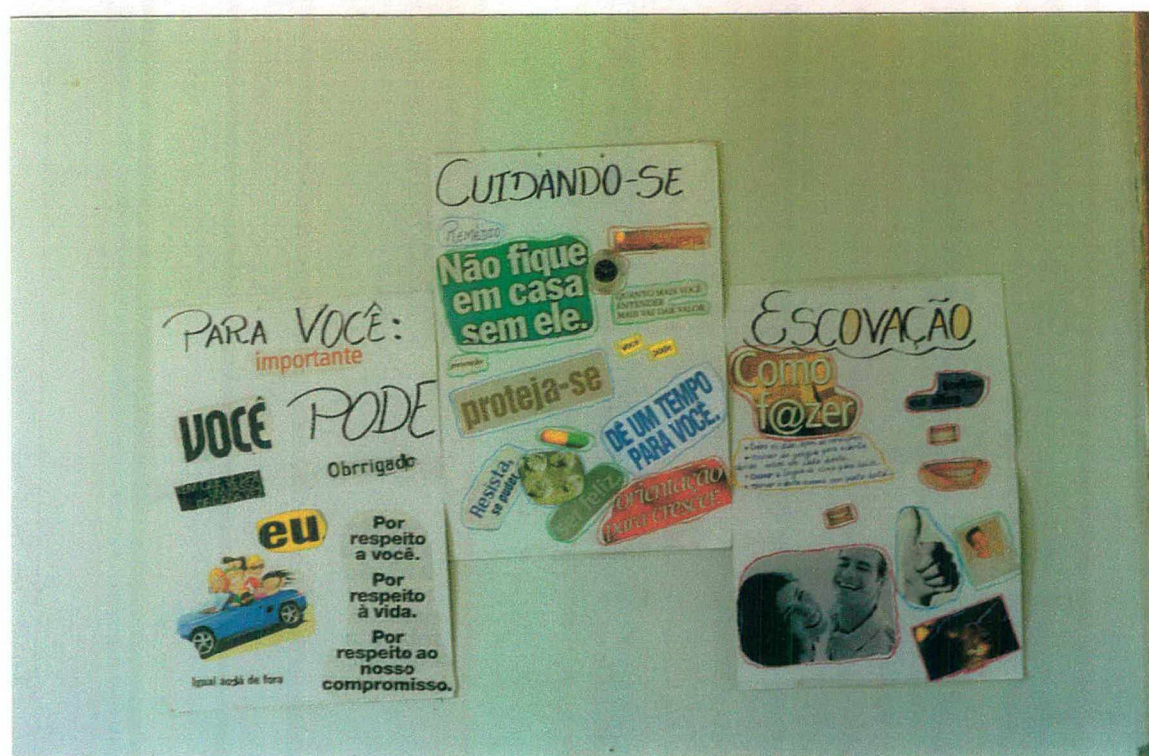




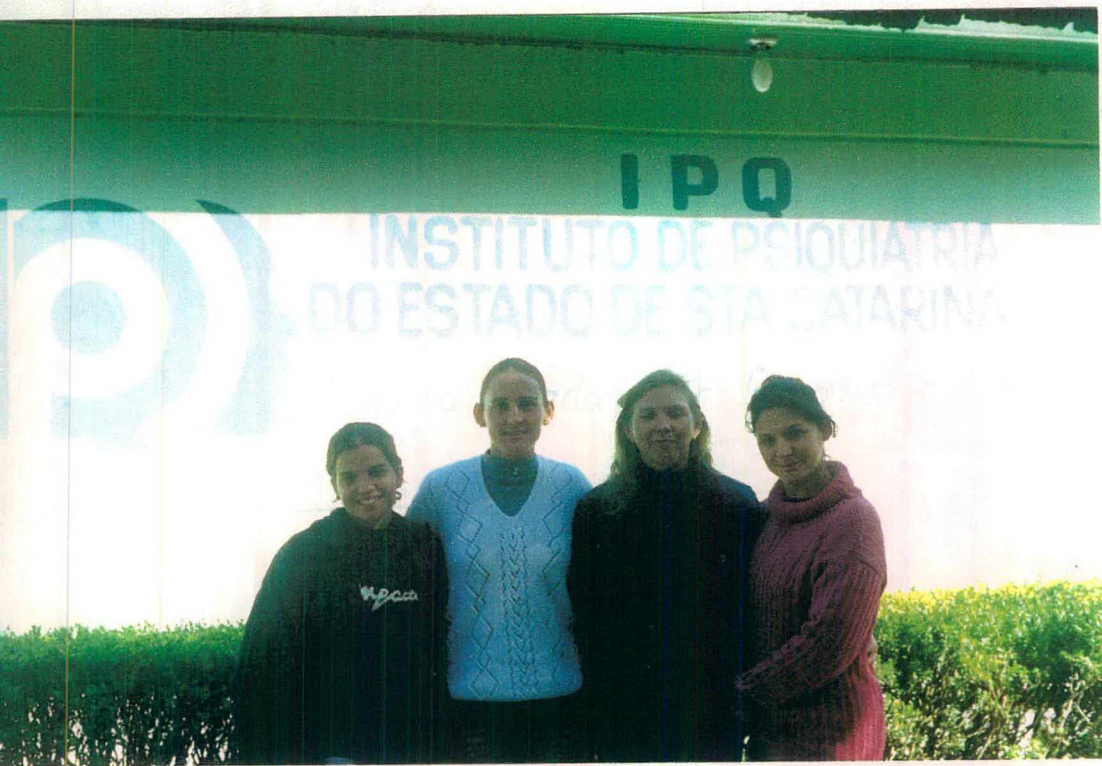














# E assim continua a nossa caminhada...

## **Tocando em frente**

Ando devagar porque já tive pressa e levo esse sorriso porque já chorei demais,

**Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,**

**Eu só levo a certeza de que muito pouco eu sei, que nada sei.**

Conhecer as manhas e as manhãs,

O sabor das massas e das maçãs,

É preciso amor pra poder pulsar,

É preciso paz pra poder sorrir,

É preciso chuva para florir.

Penso que cumprir a vida seja simplesmente

Compreender a marcha e ir tocando em frente.

Como um velho boiadeiro levando a boiada,

Eu vou tocando os dias pela longa estrada eu sou, estrada eu vou.

**Todo mundo ama um dia, todo mundo chora,**

**Um dia a gente chega,**

**No outro vai embora.**

**Cada um de nós compõe a sua história**

**E cada ser em si carrega o dom de ser capaz**

**E ser feliz.**

**Almir Satter e Renato Teixeira.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

**DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial**

Alienca, Francine e Luciana deram a este relato um formato próprio de suas individualidades.

O empenho na realização de seus objetivos alcançou sua plenitude quando da concretização deste trabalho. O conteúdo e forma adotadas, com certeza ajudarão a qualquer pessoa que, como elas, acredita num universo psiquiátrico mais humanizado. Sua leitura cursiva e agradável, remete o leitor, a uma viagem repleta de questionamentos, angústias e vivências num mundo sem igual.

Em 16.07.01

*Rozangela Feril.*